LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA INFANTIL EN SANTA MARÍA DE CHICMO 2000-2012

NÉSTOR GODOFREDO TAIPE CAMPOS
MERY LAURENTE CHAHUAYO

Naokim Ediciones

NÉSTOR GODOFREDO TAIPE CAMPOS es antropólogo por la Universidad Nacional del Centro del Perú (UNCP). Tiene maestría y doctorado en antropología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) de México. Trabajó en instituciones relacionadas con el desarrollo rural, los derechos humanos, el derecho internacional humanitario y la docencia universitaria en las Escuelas de Post Grado de la UNCP, UPLA, UNMSM y UNSCH.

Ha sido miembro del Comité Permanente de Conceptuación de Folklore y de la Sociedad Científica Andina de Folklore. Fue fundador de *Alteritas: Revista de Estudios Socioculturales Andino Amazónicos* y de *San Cristóbal: Revista de la Escuela Profesional de Antropología Social de la UNSCH.*

Actualmente es docente principal en la Escuela Profesional de Antropología Social de la Facultad de Ciencias Sociales y fue director de la Dirección del Centro de Capacitación en Investigación e Innovación del Vicerrectorado de Investigación en la UNSCH.

LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA INFANTIL EN SANTA MARÍA DE CHICMO 2000-2012

LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA INFANTIL EN SANTA MARÍA DE CHICMO 2000 - 2012

Néstor Godofredo Taipe Campos
Mery Laurente Chahuayo

Naokim Ediciones

Néstor Taipe y Mery Laurente. (2020). *Lucha contra la desnutrición y anemia infantil en Santa María de Chicmo*. Huancayo: Naokim Ediciones.

Vigilancia comunitaria / Desnutrición infantil / Anemia infantil / Desarrollo y crecimiento temprano / Niños menores de tres años / Madres gestantes / Madres lactantes / Centros de estimulación temprana / Santa María de Chicmo.

Título:	*Lucha contra la desnutrición y anemia infantil en Santa María de Chicmo.*
Autores:	Néstor Godofredo Taipe Campos Mery Laurente Chahuayo
Diseño de carátula:	Néstor Taipe
Portada:	Cerámica escultórica de Virginia Quispe Velarde. Plaza de Santa María de Chicmo.
Primera edición digital:	Huancayo, septiembre de 2020.
Diagramación y correc.:	Mery Laurente Chahuayo.
Fotos de interiores:	De los autores.
Edición:	Naokim Ediciones De Abel Montes de Oca Av. Alfonso Ugarte 1138, Hualhuas Huancayo – Perú, móvil 943032435 retazosdepapel@hotmail.com

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2020-05152
ISBN: 978-612-47893-7-3

Esta edición digital se distribuye de modo gratuito.

ÍNDICE

SIGLAS UTILIZADAS 11

INTRODUCCIÓN 15

CAPÍTULO I
SANTA MARÍA DE CHICMO 21

1. El escenario de la sistematización 22

2. La sociedad y la presencia estatal 22

2.1. Población 22
2.2. Vivienda y servicios básicos 24
2.3. Servicios estatales 25

3. La economía en el distrito 26

3.1. Población Económicamente Activa 27
3.2. Actividades económicas 27
3.3. La pobreza económica 27

CAPÍTULO II
LOS ANTECEDENTES DE LA VIGILANCIA COMUNITARIA ACTUAL 29

1. El Programa Buen Inicio de UNICEF 29

2. La intervención de la Asociación Kusi Warma 32

CAPÍTULO III
LA VIGILANCIA COMUNITARIA DEL CUIDADO INTEGRAL DEL NIÑO MENOR DE TRES AÑOS DE EDAD DESDE LA GESTACIÓN 37

1. La vigilancia comunitaria 37

1.1. Los problemas por resolver y el objetivo por lograr 39
1.2. Los enfoques y las estrategias 42
1.3. La población objetivo 44
1.4. Los centros de vigilancia comunitaria 45
1.5. El agente comunitario y el promotor municipal de salud 48
1.6. Las acciones de vigilancia 55

2. Los actores involucrados con los centros de vigilancia comunitaria 57

2.1. Autoridades y líderes comunales 57
2.2. El establecimiento de salud 59
2.3. El gobierno local 64
2.4. Los programas sociales 67
2.5. Las ONGs 69
2.6. El Programa Conjunto 70

3. Los resultados de la lucha contra la desnutrición y la anemia infantil 72

3.1. La desnutrición crónica y la anemia 72
3.2. Antes: Primero los papás. Ahora: Primero los niños 73
3.3. La percepción de los padres sobre el bienestar de sus niños 75
3.4. El parto institucional en la percepción de la población 78
3.5. Las prácticas culturales del cuidado de gestantes y niños 80

CAPÍTULO IV
SOSTENIBILIDAD DE LA ESTRATEGIA DE LA VIGILANCIA COMUNITARIA 89

1. La sostenibilidad de los proyectos 89

2. La insostenibilidad/sostenibilidad en la perspectiva

de la población 90
3. La comunicación como factor transversal para la sostenibilidad . 92
CAPÍTULO V
LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES 95
1. Lecciones aprendidas 95
2. Recomendaciones 97
BIBLIOGRAFÍA 99

SIGLAS UTILIZADAS

ACS	Agente Comunitario de Salud.
AEIPI	Estrategia de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infección.
AID	Agencia para el Desarrollo Internacional.
CARE	ONG Internacional.
CDT	Crecimiento de Desarrollo Temprano.
CESAL	ONG española.
CRED	Crecimiento y Desarrollo.
CS	Centro de Salud.
CVC	Centro de Vigilancia Comunitaria.
DIRESA	Dirección Regional de Salud.
DNI	Documento Nacional de Identidad.
ECAS	Escuela de Campo para Agricultores.
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda.
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
ES	Establecimiento de Salud.
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
GL	Gobierno Local.
IE	Institución Educativa.
IRA	Infección Respiratoria Aguda.

LOM	Ley Orgánica de Municipalidades.
LPEx	Línea de Pobreza Total Extrema.
LPT	Línea de Pobreza Total.
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.
MINAG	Ministerio de Agricultura.
MINEDU	Ministerio de Educación.
MINSA	Ministerio de Salud.
NCHS	National Center for Health Statistics.
OMS	Organización Mundial de Salud.
ONG	Organización No Gubernamental.
ONU	Organización de Naciones Unidas.
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PAL	Plan Articulado Local.
PBI	Producto Bruto Interno.
PC	Programa Conjunto.
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros.
PDC	Plan de Desarrollo Concertado.
PEA	Población Económicamente Activa.
PMA	Programa Mundial de Alimentos.
PROMSA	Promoción de Salud.
PRONOEI	Programa No Escolarizado de Educación Inicial.
PS	Puesto de Salud.
PVL	Programa Vaso de Leche.
SIS	Servicio Integral de Salud.
SNIP	Sistema Nacional de Inversión Pública.
SS.HH.	Servicios Higiénicos.
ST–CIAS	Secretaría Técnica de la Comisión Interinstitucional de Asuntos Sociales.
TBC	Tuberculosis.
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.
UNSCH	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
VC	Vigilancia Comunitaria.

INTRODUCCIÓN

El terminar el año 2012, la Municipalidad Distrital de Santa María de Chicmo (Andahuaylas) nos encargó realizar la sistematización de la vigilancia comunitaria en el desarrollo y crecimiento temprano de menores de 3 años de edad que venían realizando entre los años 2000 a 2012 en su afán de combatir a la desnutrición y la anemia infantil. Esta publicación pone a disposición dicha sistematización en manos de los involucrados con la primera infancia y con las madres gestantes y lactantes; es decir, en manos de quienes se preocupan por el desarrollo del capital humano de nuestros pueblos. Lo anterior condiciona que la lectura debe ser ubicada en el contexto espacial y temporal al que corresponde.

Cuando UNICEF decidió, por el año 2000, implementar el Programa Buen Inicio en Andahuaylas, específicamente, en el ámbito del distrito de Santa María de Chicmo, la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años de edad era de 55.2% y la prevalencia de la anemia por deficiencia de hierro en el mismo grupo etario era de 75.1% (Lechtig, 2007).

Si se considera que "durante la gestación y los primeros años de vida ocurre la mayor parte del desarrollo del cerebro de una persona, por lo que esta etapa es fundamental para la capacidad de aprendizaje y productividad de una persona durante toda su vida" (Inversión en la

infancia, 2011), las prevalencias altas de la desnutrición crónica y de la anemia hacían perder el derecho al buen inicio de la vida de los niños. En consecuencia, los pueblos del distrito tendrían en el futuro un capital humano débil.

Era imperativo revertir la situación para darles mejores oportunidades a los niños. Buen Inicio buscó promover el crecimiento y el desarrollo temprano de los niños desde la gestación hasta los tres años de edad, para potenciar sus capacidades físicas, intelectuales, emocionales y sociales, aún en contextos de pobreza (UNICEF, 2005).

Se promovió que la familia y la comunidad prioricen a la primera infancia mejorando el nivel nutricional y cuidando por el desarrollo de los niños. La vigilancia comunitaria (VC) del cuidado integral del niño menor de tres años desde la gestación es una estrategia que se construyó apoyando a la articulación interinstitucional entre el sector salud, el gobierno local, las organizaciones no gubernamentales y las autoridades comunales. La estrategia tuvo un componente de incidencia política para la movilización de recursos de los gobiernos locales en favor de los niños que se constituyen en el capital humano del país.

Inicialmente hubo resistencia y rechazo a la vigilancia comunitaria. Como suele suceder, lo nuevo genera desconfianza ("quieren 'mejorar' a nuestros hijos –decían– para que se los lleven al extranjero"). Además, hubo tensión y conflicto con las creencias religiosas, las prohibiciones y prescripciones culturales (se imponía ayunos a las gestantes y se prohibía el consumo de varios alimentos de origen animal ricos en proteínas y hierro). A lo anterior se sumó el hecho de que los programas que buscan desarrollar el capital humano no logran resultados visibles en el corto plazo. "La gente quería algo concreto como un reservorio para agua, un canal de riego, un local comunal". La gente creía perder tiempo. Para agravar la situación, Alberto Fujimori había acostumbrado a las comunidades a recibir regalos; por tanto, si una institución ingresaba a trabajar con ellas "tenía que dar regalos". En otros casos las propias autoridades se opusieron, decían que "las reuniones de las mujeres eran para ociosas". Fueron persuadidas y con su apoyo se buscó convencer a la gente. El proceso fue lento. Después, los presidentes comunales y varios pastores evangélicos se sumaron a

la propuesta.

Una vez convencida, la población empezó a "apropiarse" de la estrategia. Al término del año 2012, en Santa María de Chicmo estaban funcionando 21 centros de vigilancia comunitaria (CVC) con sus correspondientes agentes comunitarios de salud, que eran apoyados por un grupo de promotoras de la Oficina Municipal de Promoción de la Salud y los trabajadores de los establecimientos de salud.

Entre los años 2000 y 2012, la prevalencia de la desnutrición crónica disminuyó de 55.2% a 23%, mientras que la prevalencia de la anemia por deficiencia de hierro disminuyó de 75.1% a 39%. El avance de la lucha contra la desnutrición y la anemia infantil fue considerable.

Desde el 2006 viene funcionando una *casa materna* (que la llaman "*casa hogar*") en el Centro de Salud de Chicmo, que aproxima a las mujeres a los servicios de salud y es el lugar en la que se preparan y atienden su parto institucional. El municipio cofinancia el costo de alimentos para las gestantes. En diciembre de 2012, la municipalidad elaboró y aprobó un Plan Articulado Local (PAL) y apostó a ser un distrito con menor desnutrición crónica de niños menores de 3 años de edad y apoya al desarrollo adecuado de la infancia.

El objetivo general

El objetivo general fue sistematizar la experiencia de vigilancia comunitaria del cuidado integral del niño menor de tres años de edad desde la gestación, desarrollada en comunidades rurales del distrito de Santa María de Chicmo en su afán de luchar contra la desnutrición y anemia infantil. Este documento contribuirá a promover la extensión de esta estrategia y facilitar el aprendizaje para un trabajo intersectorial en comunidades, bajo la responsabilidad de los equipos técnicos de los gobiernos locales, los sectores de salud y educación y los programas sociales existentes.

Los objetivos específicos

Los objetivos específicos fueron:

a. Estudiar el proceso de fortalecimiento de capacidades, gestión y movilización de recursos de las autoridades comunales, líderes

y agentes comunitarios de salud, en la organización e implementación de los centros de vigilancia comunitaria del crecimiento y desarrollo del niño.

b. Describir los procesos de participación acontecidos en todos los niveles.

c. Exponer los roles y las funciones de los equipos técnicos del sector salud, de los programas sociales y las ONGs en el fortalecimiento de capacidades, mejoramiento de la gestión y movilización de recursos, así como la asistencia técnica y acompañamiento al trabajo comunitario con autoridades, agentes comunitarios de salud y familias con gestantes y niños menores de tres años de edad.

d. Describir la articulación de la vigilancia comunitaria con los establecimientos de salud, los programas sociales y el gobierno local.

e. Indagar sobre los resultados y efectos de esta experiencia en el estado de crecimiento y desarrollo de los niños; por tanto, conocer los resultados de la lucha contra la desnutrición y la anemia infantil.

f. Analizar los elementos de sostenibilidad de esta estrategia.

Procedimiento metodológico

Se elaboró la proyección de la correspondencia entre los objetivos específicos, la fuente de la información, la metodología, las técnicas y los instrumentos necesarios que han guiado la construcción de las preguntas para las entrevistas grupales e individuales (como fuentes primarias de información) y el acopio de documentos (como fuentes secundarias).

Se revisaron diversos documentos producidos en el contexto de la experiencia de la vigilancia comunitaria del cuidado integral de la gestante y el niño menor de tres años. Se utilizaron las estadísticas del INEI especialmente para exponer al universo territorial y social donde se realizó la sistematización.

El estudio tiene una predominancia cualitativa. No obstante, algunos datos estadísticos apoyan con ilustraciones cuantitativas. Del mismo modo, el análisis se basa en procesos descriptivos que también dan lugar a procesos interpretativos para explicar las exigencias de los objetivos específicos.

Las comunidades y los barrios visitados para el trabajo de campo fueron Alto Santa Rosa, Rebelde Huayrana, Chaupiorcco, Chicmo, Taramba y Nueva Esperanza. Los establecimientos de salud visitados fueron los centros de salud de Chicmo y Nueva Esperanza, los puestos de salud de Rebelde Huayrana y Taramba. En la ciudad de Andahuaylas fueron entrevistados dos ex trabajadores de la ONG Kusi Warma y la representante del Programa Conjunto en Apurímac. En Chicmo se hizo una entrevista grupal con el alcalde y sus regidores.

Se realizaron entrevistas grupales e individuales a las autoridades comunales, a los agentes comunitarios de salud, a los promotores de salud, a los representantes del Programa de Vaso de Leche y del Programa JUNTOS, a los trabajadores de salud y a las madres de niños menores de tres años de edad.

La exposición de la sistematización está organizada en cinco capítulos. El primero describe al distrito Santa María de Chicmo como el escenario de la sistematización. Se busca que el lector tenga una idea del territorio donde está asentada una sociedad, con lengua y cultura, con instituciones públicas y privadas, con acceso o carencia de determinados servicios y que hacen diversas actividades económicas mediante las cuales producen, transforman, circulan y consumen bienes y servicios.

El capítulo segundo expone los antecedentes de la vigilancia comunitaria, el inicio de la implementación del Programa Buen Inicio de UNICEF y la intervención en el ámbito distrital de la ONG Kusi Warma, sus dificultades y logros.

El capítulo tercero trata sobre la vigilancia comunitaria del cuidado integral del niño menor de tres años desde la gestación, los problemas, el objetivo, los enfoques, las estrategias, los centros de vigilancia, el agente comunitario de salud, las acciones de vigilancia, los roles

articulados de los diversos actores sociales involucrados con la vigilancia comunitaria y los resultados de esta en el crecimiento y desarrollo de los niños.

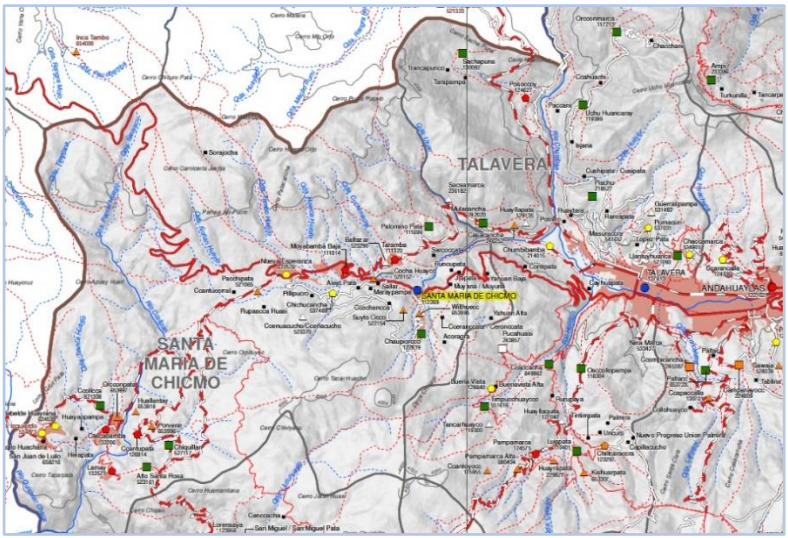
El capítulo cuarto reflexiona sobre la sostenibilidad de la estrategia de la vigilancia comunitaria, resaltando el rol del sector salud, del gobierno local y de la propia comunidad en la construcción de la sostenibilidad de la estrategia. Son claves, de una parte, la apropiación de la estrategia por la comunidad y, de otra, la comunicación como un factor transversal para la sostenibilidad.

Finalmente, el capítulo quinto expone las lecciones aprendidas en el proceso de implementación de la estrategia de la vigilancia comunitaria. Del mismo modo se emite algunas recomendaciones para mejorar el funcionamiento de los centros de vigilancia y la intervención de los actores sociales.

Se cierra esta introducción expresando nuestras gratitudes al equipo del Programa Conjunto, al alcalde Alejandro Donato Guizado Andía, a los regidores Freddy Gutiérrez Alarcón, Wilde Palomino Salazar, Carmen Salazar Quispe, Rodrigo Obregón Waltera y Gerardo Rodrigo Barrial de la Municipalidad Distrital de Santa María de Chicmo (2011-2014). A Bertha Mariño Ortiz y Sonia Girón García que organizaron las salidas a las comunidades y a todas las personas que en las comunidades nos brindaron su hospitalidad y nos facilitaron con la información necesaria para esta sistematización. Al antropólogo Hugo Crisóstomo que colaboró con la transcripción de las entrevistas realizadas en quechua y español.

CAPÍTULO I
SANTA MARÍA DE CHICMO

Este capítulo describe el territorio, la sociedad, lengua, cultura, los servicios a los que la población tiene acceso y las actividades económicas mediante las cuales producen, transforman, circulan y consumen bienes y servicios en el ámbito del distrito de Santa María de Chicmo.



Mapa 1: El territorio de Santa María de Chicmo (Minedu, 2020).

1. El escenario de la sistematización

Santa María de Chicmo es uno de los 19 distritos de la provincia de Andahuaylas–Apurímac, fue creado el 11 de diciembre de 1964, mediante Ley N° 15258. Tiene por capital al pueblo de su mismo nombre, asentada en una altitud de 3,272 m.s.n.m. y está ubicada a una distancia de 19 km de la ciudad de Andahuaylas.

La superficie de su territorio es de 162.14 km^2 y presenta una topografía que va desde 2,400 hasta 4,200 m.s.n.m., con climas de templado a frío. La topografía y los climas condicionan la variedad de la producción agropecuaria.

2. La sociedad y la presencia estatal

2.1. Población

Se trata de un distrito que, de acuerdo al censo de 2007, tiene una población de 9,430 habitantes (49% hombres y 51% mujeres). En el distrito fueron registrados 858 menores de 3 años (población meta del Programa Conjunto), de los cuales 180 son menores de 1 año (99 hombres y 81 mujeres), 191 son de 1 año (95 hombres y 96 mujeres), 248 son de 2 años (122 hombres y 126 mujeres); y, 239 son de 3 años (128 hombres y 111 mujeres) (INEI, 2007).

El 49% (4,584 habitantes) vive en áreas urbanas, mientras que el 51% (4,846) radica en áreas rurales. Estos datos indican que hay una tendencia hacia la urbanización de los pueblos rurales.

a. Lengua

El 86% de la población del distrito tiene dominio del quechua y el 14% es hispano hablante. El monolingüismo ya no es absoluto. Hay diversos grados de bilingüismo. Sin embargo, se debe considerar que toda lengua es vehículo de la cultura. En consecuencia, cualquier propuesta de desarrollo (educativa, de género, salud, producción, infraestructura, etc.) debe considerar un componente sobre interculturalidad.

b. Estado civil conyugal

Con referencia a 6,754 censados en la variable de estado civil conyugal,

el 43% son personas casadas, el 35% son solteras, el 14.5 % son convivientes, el 2% son parejas separadas, el 5% está en condición de viudez y el 0.5% en condición de divorciado. Se podría decir que un poco más del 58% son hogares estables (los convivientes y los casados). Los hogares inestables representan el 2.5% (separados y divorciados), se trataría de 183 personas. Obviamente, los datos no expresan cuántos hijos tienen y ni cuáles son sus edades. En todo caso, si los hijos fueran menores de edad, estos presentan muchos problemas relacionados con la baja autoestima, rendimientos académicos deficientes, insatisfacción de determinadas necesidades asociadas con gastos monetarios, etc.

c. Fecundidad

En el distrito hay 2,240 mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) que es 46.5% del total de mujeres (4,816). Sin embargo, el censo halló gestantes de 12 a 15 años. Existe 51 madres solteras (2%) y 77 madres adolescentes (8%).

El promedio de hijos por mujer en el distrito es de 2.4 (está por debajo del promedio departamental que es 3.4 hijos por mujer). Estos datos hacen notar que la fecundidad ha disminuido considerablemente con relación a décadas pasadas.

d. Identidad

En el distrito aún hay 58 personas sin partidas de nacimiento (0.6% de la población total). Lastimosamente la mayoría son mujeres y están en el ámbito rural. El censo ha registrado que 88 personas no tienen Documento Nacional de Identidad (DNI) (1.7% de la población total). También en este caso la mayoría son mujeres rurales. Aun cuando las cifras no sean altas, el estar indocumentado es un gran problema, porque estas personas, además de no contar con el derecho a su identidad, no pueden ejercer un conjunto de derechos como el acceso al Servicio Integral de Salud (SIS), a los programas sociales, etc.

e. Migración

El censo de 2007 ha encontrado 710 migrantes. El fenómeno migratorio no es nuevo, es una práctica antigua. Se podría afirmar que lo

local no está aislado de lo global, sino que hay una interdependencia entre ambos. La salida de un miembro de la comunidad rural le hace acceder a nuevos referentes de vida y nuevas aspiraciones. Unos pierden el vínculo total con sus lugares de origen, otros construyen lazos diversos como asociaciones de migrantes que reproducen varios aspectos culturales, se organizan para apoyar el desarrollo de sus pueblos, retornan a sus pueblos en épocas determinadas (por ejemplo, para las fiestas, las elecciones, la siembra y la cosecha). Al regresar a sus poblados de origen muestran nuevos signos de prestigio y se constituyen a su vez en nuevos referentes para migración de los jóvenes.

2.2. Vivienda y servicios básicos

Según la ENDES 2010, "la disposición y el acceso a los servicios básicos como agua, electricidad y servicio de alcantarillado para la eliminación de excretas, se encuentra asociada con mejores condiciones de supervivencia de la población; y, en consecuencia, también para los niños y niñas" (2011: 35).

En Santa María de Chicmo se registraron 3,081 viviendas, pero solo hay 2,310 viviendas con ocupantes presentes al momento del censo de 2007. En consecuencia, los datos que se expondrán a continuación solo hacen referencia a las viviendas con ocupantes.

a. Abastecimiento de agua

De 2,310 viviendas, solo el 12.5% tiene red pública dentro de la vivienda, el 76% tiene red pública fuera de la vivienda (como en el patio, por ejemplo), el 1% hace uso de pilones públicos; y, el 10.5% no tiene red y toma agua de manantiales, riachuelos, etc. Sin embargo, también se debe pensar en la calidad del agua, que en su mayoría es solo agua entubada; por tanto, las madres gestantes y los menores de 3 años no consumen agua segura.

b. Saneamiento básico

De 2,310 viviendas, solo el 8% tiene acceso a red pública de desagüe dentro de la vivienda, el 19% tiene acceso a red de desagüe fuera de la

vivienda, pero dentro de la edificación, el 51% utiliza pozo ciego o negro o letrina; y, el 22% no tiene desagüe ni letrina. Hay que pensar también que son incipientes los conocimientos y prácticas en cuanto a la limpieza y mantenimiento de las letrinas. Queda aún casi la cuarta parte de las viviendas que no tienen este servicio.

c. Alumbrado eléctrico

De 2,310 viviendas, el 72% tiene acceso a red pública de alumbrado eléctrico, solo el 28% no tienen acceso a este servicio. Se puede notar que hay buen avance en la dotación de este servicio a los pueblos del distrito. Servicio que da condiciones para que los niños puedan estudiar y hacer las tareas escolares, les posibilita un tiempo de esparcimiento, facilita las labores domésticas, permite conservar mejor los alimentos y posibilita algunas actividades transformativas como la carpintería, cerrajería, molinos y otros.

2.3. Servicios estatales

a. Educación

"Uno de los componentes claves de la calidad de vida de las personas y el desarrollo económico y social de un país es el nivel educativo de su población" (ENDES 2010, 2011: 43). Es un factor que transversaliza los análisis de ingresos económicos, tasa de crecimiento, de morbilidad, de acceso a diferentes manifestaciones culturales, etc.

En el departamento de Apurímac, según la ENDES 2011, considerando a personas de 6 años a más, la mediana de años de estudio de hombres fue de 5.5 y la de mujeres fue 4.0. Según la ENDES 2010, la mediana en áreas urbanas de años de estudios de los hombres fue 9.0 y la de mujeres fue 4.9; mientras que en áreas rurales la mediana de estudios de hombres fue 7.7, y las mujeres fue 3.3.

En el distrito de Santa María de Chicmo, de 4,155 personas cuyas edades fluctúan entre 6 y 24 años, el 76% (3,161 personas) registra asistencia escolar: El primer grupo está constituido por 1,347 personas entre 6 a 11 años, el segundo grupo por 1,371 personas con edades de 12 a 17 años, y el tercer grupo por 443 personas con edades de 17 a 24 años. Pero el 24% de personas no ejercen su derecho de acceso a la

educación y son 75, 89 y 830 del primer, segundo y tercer grupo respectivamente. De otro lado, hay 231 personas con educación superior (134 hombres y 97 mujeres).

El censo del año 2007 registró que 1,494 son personas analfabetas, cuya gran mayoría son mujeres (1,168 con relación a 326 hombres) y que se encuentran en ámbitos rurales (925 en relación a 569 ubicadas en áreas urbanas).

Los altos porcentajes de la población sin asistencia escolar y la población analfabeta, sumado a los anteriores la poca cantidad de personas con instrucción superior son indicadores de la gravedad en términos de desarrollo de capital humano.

La educación y los ingresos son dos variables correlacionadas. Según el Banco Mundial, un año más de estudios sobre el promedio, puede impulsar un aumento de hasta 3% del PBI real.

Otro estudio comprobó la correlación positiva entre la escolaridad y los salarios. Una persona con 12 años de estudio tiene mejores condiciones para no caer en las garras de la pobreza.

El INEI (2000) muestra nuevas relaciones entre la educación y los ingresos en el país. Así, en el área rural, el paso de la educación primaria a la secundaria eleva los ingresos en 25%, y de la secundaria a la universitaria los eleva en 82%. En el área urbana, los porcentajes respectivos son de 14% y 112%.

b. Cobertura de seguro de salud

Al año 2007, de una población total de 9,430 habitantes en Santa María de Chicmo, el 48.54% (4,577 personas) tenía algún tipo de seguro, mientras que el 51.46% (4,853 personas) no contaba con ningún seguro. La gran mayoría estaba asegurada en el SIS (44.7%), en ESSALUD estaba asegurado solo el 2.78%, y, finalmente el 1.07% tenía otro tipo de seguro (INEI, 2007).

Al año 2012, en el distrito funcionaba una micro red de salud constituida por siete establecimientos, dos centros y cinco puestos de salud que dan cobertura a la población de todo el distrito.

3. La economía en el distrito

3.1. Población Económicamente Activa

La PEA absoluta del distrito es 2,703. En cambio, la PEA ocupada es 2,604 (96.3%), de los cuales 1,775 son hombres (95.8%) y 829 son mujeres (97.5%).

3.2. Actividades económicas

2,193 personas (84% con relación a la PEA ocupada) se dedican a la agricultura y ganadería, caracterizando al distrito como eminentemente agropecuario. La segunda actividad importante es el comercio y representa el 4%. El transporte, el almacenamiento y la comunicación representan el 1.7%. La dedicación a hotelería y restaurantes representa el 1.4%: La construcción y servicios de salud representan cada uno al 1.2%. Solo el 1.1% trabaja en la administración pública. Las otras actividades son pequeñas o están ausentes (6.6%).

3.3. La pobreza económica

De acuerdo al mapa de pobreza del año 2007, el 82.0 % de la población de Santa María de Chicmo estaba dentro de la categoría de *pobres* (el 30.2 % era *pobre extremo*, el 51.8 % era *pobre no extremo*) y el 18.0 % era *no pobre* (INEI, 2009).

Según en mapa de pobreza del año 2009, sobre una población de 10,198 habitantes, el 79.4% estaba dentro de la categoría de *pobre* (el 47,7% era *pobre extremo* y el 31,7% era *pobre no extremo*) y el 20.6% era no pobre (INEI, 2010),

Un análisis de los datos anteriores muestra que en dos años el porcentaje de pobres disminuyó en 2.6%. Pero los pobres extremos aumentaron en 17.5%; en cambio, hubo reducción de los pobres no extremos en 20.1%. Por último, los no pobres incrementaron en 2.6%.

De acuerdo al mapa de pobreza del año 2009 “la pobreza analizada mediante un enfoque monetario indica la insuficiencia de ingresos o gastos de la población respecto a un consumo mínimo aceptable socialmente. El porcentaje de la población con tal insuficiencia es lo que se conoce como incidencia de pobreza. Como el método requiere definir un indicador de bienestar y determinar el consumo mínimo necesario a fin de satisfacer las necesidades básicas, para el presente

trabajo se adoptó como indicador de bienestar el gasto familiar por persona y como consumo mínimo el valor de una canasta básica de consumo" (INEI, 2010: 39).

"Específicamente, se considera que la población se encuentra en condición de pobreza total, si el gasto per cápita del hogar está por debajo del valor de la canasta total compuesta de alimentos y no alimentos (LPT); y en condición de pobreza extrema, cuando el gasto per cápita del hogar es menor al valor de la canasta de alimentos (LPEx)" (INEI, 2010: 39). El ingreso promedio per cápita real mensual peruano, el año 2009, ascendió a 515.6, el año 2010 ascendió a 532.1 y el 2011 ascendió a 548.9 nuevos soles. Pero durante los mismos años, los ingresos promedios per cápita en la sierra rural peruana eran 239, 255.2 y 273.1 nuevos soles (INEI, 2012).

CAPÍTULO II
LOS ANTECEDENTES DE LA VIGILANCIA COMUNITARIA ACTUAL

La estrategia de la vigilancia comunitaria al año 2012 del cuidado integral del niño menor de tres años desde la gestación en el distrito de Santa María de Chicmo fue el resultado de la intervención de varios organismos e instituciones que, desde el año 2000, tuvieron presencia en la provincia de Andahuaylas. En el ámbito distrital fueron destacables las intervenciones del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la ONG Kusi Warma.

1. El Programa Buen Inicio de UNICEF

La premisa de UNICEF fue que "durante la gestación y primeros años de vida ocurre la mayor parte del desarrollo del cerebro de una persona, por lo que esta etapa es fundamental para la capacidad de aprendizaje y productividad de una persona durante toda su vida. Sin embargo, este desarrollo temprano del cerebro podría verse afectado por factores como la desnutrición crónica" (Inversión en la infancia, 2011).

A partir de la premisa expuesta, UNICEF, con el apoyo de la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (USAID), desarrolló el Programa Buen Inicio para la Vida, cuyo propósito fue promover el crecimiento y el desarrollo temprano de los niños desde la gestación hasta los tres años, porque "permite potenciar

las capacidades físicas, intelectuales, emocionales y sociales, aún en contextos de pobreza" (UNICEF, s/f). Buen Inicio fue implementado en Apurímac desde 1999 hasta 2006, logrando importantes porcentajes de reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica, de la anemia e hipovitaminosis "A" en niños menores de 3 años de edad.

Los datos comparativos sobre la desnutrición crónica indican que, en niños menores de 3 años de edad, al año 2000 había 55.2% de prevalencia y al año 2004 el indicador se redujo a 38.5%. Los datos sobre la anemia por deficiencia de hierro indican que al año 2000 había 75.1% de prevalencia y al año 2004 el indicador se redujo a 62%. Los datos sobre la hipovitaminosis "A" indican que al año 2000 había una prevalencia de 29.6% y al año 2004 se redujo a 2.4%.

Para lograr las reducciones anteriores, Buen Inicio diseñó su intervención basada en dos grandes líneas: "a) Procesos de gestión, fortalecimiento de capacidades individuales e institucionales y movilización de recursos económicos, humanos y organizacionales. Estos procesos cruzaron todos los niveles operativos y las áreas programáticas, y se basaron en el enfoque participativo. b) Un paquete de intervenciones privilegiando el enfoque preventivo y promocional en nutrición, higiene, salud y estimulación psicoafectiva con cinco componentes: investigación, capacitación, comunicación social, información y abogacía, monitoreo del crecimiento y desarrollo y vigilancia comunitaria. Las acciones se centraron en el control prenatal, alimentación de la madre gestante, del lactante y del niño, lactancia materna exclusiva, suplementación con hierro y vitamina 'A', monitoreo del crecimiento y desarrollo, estimulación psicoafectiva del niño, ingesta de sal yodada e higiene personal y familiar" (Lechtig, 2007: 12).[1]

El Programa Buen Inicio buscó generar que, tanto la familia como la comunidad, prioricen a la primera infancia mejorando el nivel nutricional de los niños y velando por su desarrollo (Inversión en la infancia, 2011). La vigilancia comunitaria del cuidado integral de la

[1] En correspondencia con la línea b, UNICEF publicó el texto *Buen inicio en la vida* que refleja las prioridades temáticas del cuidado de la gestante y los niños menores de tres años de edad (UNICEF, 2005).

gestante y el niño menor de tres años es una estrategia que se construyó involucrando y apoyando al sector salud, a los gobiernos locales y autoridades comunales. La estrategia tiene un componente de incidencia política (abogacía) en la movilización de recursos de los gobiernos locales (GL) en favor de los niños que se constituyen en el capital humano del país, la región, el distrito y la comunidad.

Cada comunidad/barrio cuenta con un Centro de Vigilancia con sus agentes comunitarios de salud (ACS) que pueden ser los promotores de salud o las madres consejeras. Los trabajadores de los establecimientos de salud capacitan y acompañan a los ACS y realizan los controles prenatales y de crecimiento de los niños y dan suplementos nutricionales cuando hay casos de bajos niveles nutricionales. Los centros de vigilancia están medianamente equipados con materiales para la estimulación temprana (para desarrollar el lenguaje, la socialización, las capacidades motoras, de coordinación, auditiva y táctil de los niños). Gran parte de estos centros funcionan al año 2012 en locales prestados o rentados y aún carecen de algunos servicios básicos. Sin embargo, los resultados de esta estrategia son reconocidos por la propia población, las instituciones y los visitantes (pasantes).

> El programa tuvo –escribe Aarón Lechtig– un marco conceptual común que centró la atención en el niño. El motor fue la participación; fortaleció las capacidades de los líderes y trabajadores comunitarios y del personal de salud; focalizó su atención en los niños menores de 3 años de edad desde la etapa prenatal; estimuló el desarrollo psicoafectivo; se adecuó a cada realidad; produjo un impacto nutricional significativo; cuantificó el beneficio por la inversión y fortaleció el respeto a los derechos del niño y la mujer. En consecuencia, ha demostrado ser útil para el Perú y puede contribuir a la Política de Lucha contra la Desnutrición Crónica durante el período 2006–2011 (2007: 15).

Cuatro fueron las principales lecciones aprendidas en la implementación del Programa Buen Inicio:

1. “El proceso de participación de todos los actores fue la esencia del éxito del programa.

2. La promoción del crecimiento y del desarrollo con estimulación psicoafectiva fue una estrategia efectiva y factible para reducir la desnutrición.
3. Cuando las ONG locales trabajan bien, contribuyen al proceso participativo y a la mejor articulación de los servicios con las necesidades de la comunidad.
4. Pese a los esfuerzos realizados, la sistematización, documentación y monitoreo estandarizado de la intervención requiere ser fortalecidos" (Lechtig, 2007: 14).

Las lecciones aprendidas en esta experiencia participativa han sido incorporadas en la Estrategia Nacional "Crecer", que tiene como objetivo reducir la pobreza y la desnutrición crónica en los distritos más pobres del país (UNICEF, s/f).

2. La intervención de la Asociación Kusi Warma

Kusi Warma está viva en la memoria de casi todas las personas entrevistas. Según Lizeth Aroni (ex trabajadora de Kusi Warma), esta ONG, con el financiamiento de Tierra de Hombres de España, tuvo presencia en el distrito desde el año 1999.

Por el año 2001 se firmó un convenio entre la Dirección de Salud Apurímac II (DIRESA Apurímac II), Kusi Warma y UNICEF, e iniciaron la implementación del Programa Buen Inicio primero en cinco comunidades del distrito de Santa María de Chicmo con el objetivo de promover el crecimiento y desarrollo temprano de los niños menores de tres años de edad desde la gestación, contribuyendo con la reducción de la desnutrición crónica y la deficiencia de micronutrientes (Benavides y Ponce, 2008).

Kusi Warma, desde el año 2001 hasta el 2006, realizó una intervención sostenida en tres zonas del distrito: "Santa María de Chicmo, la capital con sus comunidades; Nueva Esperanza; y, Cascabamba. Cada zona tenía su coordinador". Los primeros años "se trabajó la parte de información y motivación en la comunidad, luego se empezó a crear los Centros de Vigilancia Comunitaria. Se había reflexionado junto con la comunidad sobre la importancia del cuidado de los niños durante los primeros años de vida, qué beneficios traía hacerlo; sobre

el rendimiento de los niños en la escuela; el cómo son los niños que no fueron adecuadamente cuidados; cómo fue el embarazo. La gente reflexionaba, comparaba, a veces nos daba la razón" (Lizeth Aroni).

Después, la propuesta del Programa Buen Inicio se extendió progresivamente a todas las comunidades del distrito, beneficiando anualmente a más de 550 niños menores de tres años y 100 gestantes. Los resultados indicaron una reducción significativa de la desnutrición crónica. El año 2001 se registró 52% de desnutrición crónica en las cinco comunidades donde inició el Programa. Entre los años 2005 y 2006 hubo una reducción de 25 puntos porcentuales de la prevalencia de desnutrición crónica y se observó que los niños estaban más alertas, más hábiles y sociables. El municipio terminó por comprometerse a invertir en la primera infancia (Benavides y Ponce, 2008).

Kusi Warma implementó varios proyectos en el distrito de Santa María de Chicmo relacionados con seguridad alimentaria, la mejora de la nutrición de niños menores de 3 años, con la capacitación sobre la importancia del consumo de productos lácteos de la gestante y los niños, para mejorar la calidad del servicio de atención materno–infantil y educación en salud, y de incidencia política con el gobierno local distrital.

Según Amelia Montes (2012), los logros en las que participó Kusi Warma junto con el sector salud y Buen Inicio, desde el inicio del proceso de la implementación de la estrategia de la vigilancia comunitaria a la fecha, fueron la disminución de la desnutrición crónica infantil en 32 puntos porcentuales, la implementación de sistemas de vigilancia comunitaria del crecimiento y desarrollo temprano en 22 comunidades, el incremento del consumo de proteínas de origen animal en la dieta de los niños, en el fortalecimiento de capacidades de los agentes comunitarios, en la mejora de las prácticas en lactancia materna, alimentación complementaria, lavado de manos, consumo de suplemento de hierro, manejo de enfermedades prevalentes (EDAs e IRAs), afecto, comunicación y juegos entre padres e hijos, y, la asignación presupuestal municipal para la vigilancia comunitaria y la creación y funcionamiento de la Oficina de Promoción de la Salud en el Municipio Distrital de Santa María de Chicmo.

Sin embargo, la aceptación por la población de las comunidades del distrito de la propuesta de la vigilancia comunitaria y las instituciones que las impulsaban no fue automática. Hubo resistencia y rechazo de un sector de la población que se manifestaron de la siguiente manera:

Según Lizeth Aroni, el problema es que los programas que buscan desarrollar el capital humano no logran resultados visibles en el corto plazo. "La gente quiere algo concreto como un reservorio para agua, un canal de riego, un local comunal". Por tanto, la gente creía que le hacíamos perder el tiempo.

Godofredo Pedraza, ex trabajador de Kusi Warma, recuerda que "al inicio la gente... era muy difícil porque Kusi Warma hablaba solo de la desnutrición". "Fujimori había acostumbrado a las comunidades a recibir regalos". "En consecuencia, si alguna institución ingresaba a trabajar con ellas tenía que dar regalos. Nosotros no teníamos nada que regalar".

En el distrito hay un alto porcentaje de población evangélica. Algunas iglesias hacían ayunar a sus mujeres a pesar de que estaban gestando. "En mi comunidad –testimonia una promotora de salud– los evangélicos no comen sangrecita. Pero la Iglesia Peruana sí come. Los adventistas no comen cuye ni sangre. Cada iglesia es diferente. Pero los que se oponen al consumo de sangrecita aceptan comer pollo y pescado, hígado y riñón. Los cuyes no los comen porque los consideran familia de las ratas y que cuando van a envejecer, las uñas de las personas que comieron cuyes se van torcer. Se oponen al consumo de sangre, porque Cristo derramó su sangre para salvar a la humanidad".

En algunos casos las propias autoridades se opusieron, decían que "las reuniones de las mujeres eran para ociosas". Se persuadió a las autoridades y con su apoyo se buscó convencer a la gente. El proceso fue lento. Los presidentes comunales empezaron a preocuparse cada vez más por los niños y las gestantes. "Varios pastores evangélicos empezaron a recomendar que los niños consuman sangrecita, hígado y corazón para que no tengan anemia".

Celestino Ancco, ex comunicador de Kusi Warma, señaló que inclusive "las mismas familias rechazaban diciendo que a sus hijos se los

llevarían a otros países". Un grupo de señoras testimonió que hasta corrió el rumor que a los niños lo iban a "mejorar" para llevarlos a otros países y luego venderlos.

La descripción anterior ilustra que hubo barreras culturales que dificultaron por varios años la aceptación del consumo del grupo meta de varios alimentos de origen animal. Pero también es destacable la persistencia de los integrantes del equipo que estuvo en contacto directo con la población. A partir de la aceptación del Programa empezará a desarrollarse un proceso de apropiación de la estrategia de los centros de vigilancia comunitaria para combatir la desnutrición y anemia infantil.

CAPÍTULO III
LA VIGILANCIA COMUNITARIA DEL CUIDADO INTEGRAL DEL NIÑO MENOR DE TRES AÑOS DE EDAD DESDE LA GESTACIÓN

Este capítulo expone la estrategia de la vigilancia comunitaria en el cuidado del niño menor de 3 años edad, el funcionamiento de los centros de vigilancia, las actividades que realizan, los roles articulados de los actores sociales involucrados con la vigilancia comunitaria y los resultados en la lucha contra la desnutrición y anemia infantil al año 2012.

1. La vigilancia comunitaria

Las descripciones que hacen algunas personas o instituciones sobre los conceptos de la vigilancia comunitaria difieren en forma y se asemejan en contenido. Transcribiremos algunos de estos conceptos. El orden de la descripción empieza por Lucila Sierra que, entre los años 1997 y 2005, fue oficial internacional en UNICEF y fue la que diseñó y condujo al Programa Buen Inicio; luego la descripción que hacen René Condori y Mabel Ambía en un informe de consultoría solicitada por el Programa Conjunto. Después presentaremos tres descripciones pertenecientes al sector salud (a la DIRESA Apurímac II, DIRESA Apurimac I y Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud).

Lucila Sierra describió que:

> La vigilancia comunitaria fue concebida como un proceso de desarrollo comunitario a través del cual la comunidad se organiza y se moviliza para vigilar a las madres gestantes y los niños en situaciones de riesgo, con el fin de operar una red de apoyo donde la comunidad tiene el papel central. Significa que las autoridades, líderes y miembros de la comunidad trabajan conjuntamente para tener una mejor comprensión de las prácticas de cuidado de la madre y el niño y ganan experiencia en reconocer los problemas y situaciones de riesgo, implementan acciones de autoayuda y promueven la responsabilidad de los padres en el crecimiento y desarrollo de sus niños. El resultado esperado de la vigilancia es lograr la aceptación y la integración a la cultura de la familia y la comunidad, del grupo de prácticas y comportamientos considerados críticos para el CDT [Crecimiento y Desarrollo Temprano] (Sierra, s/f: 62 y 63).

René Condori y Mabel Ambía refirieron que:

> La vigilancia comunitaria del crecimiento y desarrollo temprano surge como una estrategia comunitaria para prevenir la desnutrición crónica y la anemia que implica que la comunidad genere y analice información sobre la situación de gestantes, niños y niñas menores de 3 años a nivel comunitario a partir de las atenciones en el control prenatal y control CRED [Crecimiento y Desarrollo] en el establecimiento de salud y formular diversas iniciativas orientadas a la movilización de esfuerzos y recursos a favor del crecimiento y desarrollo infantil. El sistema de vigilancia comunitaria del crecimiento y desarrollo infantil pertenece a toda la comunidad, pero es liderado por personas clave como los agentes comunitarios de salud y las autoridades de la junta directiva de la comunidad como parte de su responsabilidad ya sea en el cuidado de la salud de las familias o en la orientación de la comunidad hacia el desarrollo" (2011: 2).

El Equipo Técnico de Promoción de Salud de la DIRESA de Apurímac II anotó que:

> El sistema de vigilancia comunal es una estrategia para fortalecer la capacidad comunitaria, organizar, movilizar recursos y apoyo para el sano crecimiento y desarrollo de todas las gestantes y los niños menores de 3 años de la comunidad, en estrecha relación con los servicios de salud (DIRESA de Apurímac II, 2011: 15).

La DIRESA Apurímac I apuntó que:

> La vigilancia comunitaria es un proceso a través del cual las autoridades, agentes comunitarios de salud, líderes y miembros de la comunidad trabajan articuladamente con el personal de salud para comprender mejor las prácticas del cuidado de la madre y el niño. Reconocer las situaciones de riesgo de manera oportuna; y a partir de ello, implementar acciones de autoayuda y promover la responsabilidad de los padres, autoridades comunales y el Gobierno Local en el crecimiento y desarrollo de los niños (Herrera, 2012: 11).

La Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud habló de la vigilancia comunal en salud y la describió así:

> La vigilancia comunal en salud son todas las actividades que hace la comunidad organizada, para vigilar el crecimiento y desarrollo de las niñas y niños desde la 'barriga' de la madre; vigilar que las gestantes tengan sus controles del embarazo; e identificar, controlar y evitar las situaciones que ponen en peligro la salud y la vida de los pobladores de la comunidad (MINSA, 2009: 157).

La definición que hicieron PROMSA del MINSA sobre la vigilancia comunal coincide con las definiciones anteriores, salvo el contenido de la tercera viñeta (relacionado al autocuidado de la salud) que va más allá de la vigilancia de los niños y las gestantes, proyectándose a la población comunal en general.

1.1. Los problemas por resolver y el objetivo por lograr

A inicios del año 2012, un equipo multisectorial del distrito de Santa

María de Chicmo, conformado por representantes de salud, Municipalidad, Programa JUNTOS, Kusi Warma y el Programa Conjunto, trabajó un Plan Operativo del Sistema de Vigilancia Comunitaria para el periodo marzo–diciembre, identificando los problemas que pretendía superar:

a. Diagnóstico del problema

"La desnutrición crónica infantil es un problema que afecta al 24% de los niños y niñas menores de 5 años en el distrito de Santa María de Chicmo, de igual modo la anemia en un 48%. Toda esta problemática afecta en el crecimiento del niño. Las causas son variadas por lo que no es solamente un déficit de alimentos, sino además el niño presenta episodios repetitivos de enfermedad por las malas prácticas en su cuidado, las madres gestantes no reciben los cuidados adecuados, sumado a esto está que la mayoría de la población no cuenta con servicios de agua potable y saneamiento básico adecuado".

Las instituciones que integran el equipo multisectorial "identificaron y analizaron las prácticas de cuidado infantil que no estarían permitiendo el adecuado crecimiento del niño desde su concepción hasta los tres primeros años de vida". Los problemas identificados que contribuyen a elevar los índices de morbi–mortalidad infantil; desnutrición crónica y anemia y a incrementar el déficit en el desarrollo infantil son:

"Durante la gestación:

- El 23% no acude a su primer control en el primer trimestre.
- Las gestantes tienen una inadecuada alimentación en calidad, cantidad y frecuencia.
- Deficiente consumo de suplemento de hierro.
- El personal de salud, municipio y agentes comunitarios de salud realizan pocas visitas domiciliarias a las gestantes.
- Las prácticas de estimulación pre natal se realizan esporádicamente y solo en algunos establecimientos de salud.
- Pocos esposos acompañan a los controles pre natales".

"Durante los 3 primeros años de vida:

- Inadecuada alimentación en calidad, cantidad y frecuencia evidenciado por alimentos de consistencia líquida (caldo) y pequeñas porciones de alimentos de origen animal (una o dos veces por semana).
- Dificultades para expresarse y socializarse.
- Deficiente consumo de hierro por efectos colaterales (dientes pigmentados, náuseas, diarreas, vómitos y mal sabor).
- Inadecuada alimentación en periodos de enfermedad".

"Lavado de manos y consumo de agua segura:

- Inadecuada práctica de lavado de manos.
- La mayoría de madres no se lavan las manos antes de alimentar al niño, de preparar los alimentos y después de salir del baño.
- Limitada disponibilidad de agua segura para consumo en el hogar".

b. El objetivo por lograr

El objetivo de la vigilancia comunitaria fue promover el adecuado cuidado del crecimiento y desarrollo de los niños desde la gestación hasta los 3 años de edad para disminuir los altos índices de desnutrición crónica y anemia que afectan a niños y las gestantes.

La vigilancia demanda de un espacio físico en la comunidad (centro de vigilancia comunitaria) de uso exclusivo para vigilar el crecimiento y desarrollo de los niños [...] y que permiten las sesiones de aprendizaje. Pero al mismo tiempo se realizan visitas domiciliarias para practicar la consejería familiar.

El sistema de vigilancia consta de identificación, mapeo y registro actualizado de gestantes y niños, establecimiento de calendarios de monitoreo de gestantes y de niños y niñas menores de 3 años, referencias al establecimiento de salud, consejería a nivel de la familia y sesiones de aprendizaje [...], y está a cargo de los agentes comunitarios, autoridades comunales y familias de los niños menores de 3 años con el

acompañamiento del equipo de la Oficina de Promoción de la Salud de la Municipalidad de Santa María de Chicmo y con la participación del personal de salud" (DIRESA de Apurímac II y Kusi Warma, 2011: 1).

Lo anterior solo puede materializarse de manera coordinada y articulada entre la comunidad (población, autoridades y líderes religiosos y comunales), el establecimiento de salud (la micro red de salud, los centros y puestos de salud) y el gobierno local (la alcaldía, el consejo y las oficinas de desarrollo local y de promoción de la salud y la de comunicación e imagen institucional); de ahí la importancia de hacer un trabajo de fortalecimiento y empoderamiento de capacidades. Dentro esta perspectiva tiene relativa importancia los programas sociales como el Programa JUNTOS y el Programa Vaso de Leche (PVL).

A la intervención de los actores locales se suman las intervenciones de otros actores extra locales como las ONGs y la cooperación internacional. Estos actores juegan un rol impulsor para mejorar la nutrición y la seguridad alimentaria de la niñez y el desarrollo de capacidades de los actores locales, especialmente del sector público; al mismo tiempo, promueve el ejercicio del derecho a la participación ciudadana y el empoderamiento de las familias y de la comunidad para lograr el objetivo de la vigilancia comunitaria.

1.2. Los enfoques y las estrategias

a. Los enfoques

El enfoque participativo promueve que la familia, los agentes comunitarios de salud, las autoridades comunales, la comunidad y el personal de salud sean los actores de su bienestar y tomen decisiones oportunas para el cuidado de los niños y las gestantes (DIRESA DE APURÍMAC II, 2011). El sistema de vigilancia comunitaria "depende de la participación comunitaria organizada, voluntaria, sin presiones ni autoritarismo, propiciando la coordinación intersectorial. El papel de la comunidad no se limita a responder solo a los servicios planificados y diseñados desde el establecimiento de salud; la comunidad participa activamente en todo el proceso, define sus problemas y necesidades de salud, plantea soluciones y evalúa sus avances" (CARE PERÚ, 2006: 7).

El enfoque preventivo y promocional busca actuar oportunamente antes de que ocurra el daño en relación a la nutrición, la salud y el desarrollo de los niños desde la gestación (DIRESA DE APURÍMAC II, 2011).

El enfoque de derechos está relacionado con el derecho del niño a tener un buen comienzo en la vida para alcanzar su pleno potencial. La sociedad tiene la responsabilidad de garantizar un entorno favorable para el disfrute de sus derechos como el afecto, la alimentación, la salud, el juego y la interacción. Se considera también el derecho de toda mujer a ejercer su maternidad sin deterioro de su salud (DIRESA Apurímac I, 2012).

b. Las estrategias

Según la DIRESA Apurímac I (Herrera, 2012) las estrategias de la vigilancia comunitaria son:

El fortalecimiento de las capacidades del personal de salud, las autoridades comunales, las autoridades y funcionarios del gobierno local, los agentes comunitarios de salud y las familias, es clave para el funcionamiento de la vigilancia comunitaria. Se trata de un proceso formativo que busca el aprendizaje progresivo y acumulativo a través de la experiencia. El objetivo es desarrollar valores, motivación y autoconfianza, comportamientos y actitudes apropiadas para trabajar con los diversos actores involucrados.

La movilización de recursos del gobierno local y de las entidades privadas para la inversión en crecimiento y desarrollo temprano, creando alianzas estratégicas para canalizar compromisos y apoyo y hacer abogacía por la emisión de políticas públicas. La información actualizada procedente de los establecimientos de salud y de la comunidad será la herramienta para la incidencia política con las autoridades locales, comunales e instituciones de la sociedad civil. En Santa María de Chicmo existe el precedente que, durante tres gestiones consecutivas, el gobierno local "ha priorizado la lucha contra la desnutrición con la estrategia el sistema de vigilancia comunitaria del crecimiento y desarrollo temprano. Para el cumplimiento de dicha prioridad se elaboró el Plan Articulado Local 2013 (PAL)" (Salazar, 2012: 6).

La comunicación es la estrategia que sirve de apoyo al trabajo de los demás componentes y su objetivo es incrementar el conocimiento, el entendimiento y las habilidades de las familias y comunidades para el manejo de problemas y situaciones relacionadas al crecimiento y desarrollo temprano.

1.3. La población objetivo

El censo del 2007 ha registrado en el distrito a 858 menores de 3 años (población meta del Programa Conjunto en su intervención en Santa María de Chicmo), de los cuales 180 son menores de 1 año (99 hombres y 81 mujeres), 191 son de 1 año (95 hombres y 96 mujeres), 248 son de 2 años (122 hombres y 126 mujeres); y, 239 son de 3 años (128 hombres y 11 mujeres) (INEI, 2007).

Según Sonia Girón, enfermera del Centro de Salud de Nueva Esperanza, hasta agosto de 2012, los beneficiarios directos de los centros de vigilancia comunitaria en el ámbito distrital eran 734 niños menores de 3 años de edad, de los cuales 169 están con desnutrición crónica (23%–NCHS) que, por circunscripción de los cinco principales establecimientos de salud, presenta los siguientes detalles:

- En Chicmo hubo 180 niños, 43 de ellos están con desnutrición crónica (24%).
- En Nueva Esperanza hubo 220 niños, 33 de ellos están con desnutrición crónica (15%).
- En Cascabamba hubo 214 niños, 54 de ellos están con desnutrición crónica (25%).
- En Rebelde Huayrana hubo 80 niños, 22 de ellos están con desnutrición crónica (28%).
- En Taramba hubo 40 niños, 9 de ellos están con desnutrición crónica (23%).

A agosto de 2012, la anemia en niños menores de 3 años de edad era 39%, con los siguientes detalles:

- En Chicmo 32.8%.
- En Nueva Esperanza 49.5%.
- En Cascabamba 41.6%.

- En Rebelde Huayrana 33.3%.
- En Taramba 39.6%.

De otro lado, a noviembre de 2012, en el distrito hubo 52 gestantes. Este indicador, según explica Bertha Mariño, antropóloga responsable de la Oficina de Promoción de la Salud de la municipalidad distrital, varía constantemente porque unas alumbran y otras nuevas se embarazan.

Del mismo modo, algunos niños van cumpliendo los 3 años de edad, otros sin haberlos cumplido viajan o cambian de lugar de residencia, en consecuencia, van saliendo de las estadísticas de los beneficiarios directos de los centros de vigilancia.

Si los niños menores de 3 años de edad y las gestantes son los beneficiarios directos, la comunidad en general es también beneficiaria (indirecta), porque el bienestar o malestar de los niños y mujeres es también el bienestar o malestar de la comunidad. En consecuencia, los beneficiarios de la vigilancia comunitaria es la población total del distrito de Santa María de Chicmo. El grupo de promotoras reflexionaba al respecto: "Por ejemplo, cuando hablamos por altoparlantes, hasta los que no tienen hijos escuchan y se nutren de nuestros conocimientos. Así la población se hace consciente de que el cuidado de la primera infancia es muy importante". Describen que "por los altoparlantes promovemos que el consumo de alimentos sea variado, que tengan biohuertos para el consumo de verduras, que coman huevos de gallina, carne de cuye y que tomen leche y coman queso. Se recomienda que coman quinua, kiwicha y tarwi; habas, arvejas y otras menestras. Las familias que ya están conscientes consumen todos esos productos, pero hay todavía las que no lo hacen".

1.4. Los centros de vigilancia comunitaria

Vamos a describir a los "centros de vigilancia comunitaria" como el espacio físico donde se realiza la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños menores de 3 años desde la gestación. En consecuencia, hay diferencia con la "vigilancia comunitaria" entendida como "un proceso…", "como una estrategia…" o "como todas las actividades…"

para vigilar al crecimiento y desarrollo de la población objetivo.

Fotografía 1: Centro de Vigilancia Comunitaria de Chicmo (Néstor Taipe, 2012).

a. La cobertura de los centros de vigilancia comunitaria

El distrito tiene 21 centros de vigilancia comunitaria funcionando con una cobertura que se extiende a todo el ámbito distrital. Un CVC en el barrio Willwecc –en Chicmo– dejó de funcionar en noviembre de 2012, porque solo había un niño menor de 3 años de edad, el mismo que fue incorporado al centro de vigilancia del barrio de Chaupiorcco por ser el más cercano. Estos centros están descritos en el cuadro siguiente:

Cuadro 1: Centro de Vigilancia Comunitaria en Santa María de Chicmo.

EE.SS.	COMUNIDAD	CENTROS DE VIGILANCIA	ACS
Cascabamba	Cascabamba	Cascabamba	1
		Los Angelitos de Orccompata	1
		Nuevo Florecer de Córdova	1
	Ccontupata	Corazón de Jesús de Ccontupata	1
		Porvenir	1
	Lamay	Nueva Luz de Chiquillán	1
		Alto Santa Rosa	1
		Nuevo Amanecer de Lamya	1
Rebelde Huayrana	Rebelde Huayrana	Los Inteligentes de Rebelde Huayrana	5
S. M. de Chicmo	Chicmo	Los Futuros de Chicmo	1
	Muyuna	Los cariñositos de Muyuna	2
	Chaupiorcco	Porvenir	3
	Soytocco	Soytocco	1
	Puca Wasi	Puca Wasi	1
Taramba	Baltazar	Niños Felices	2
	Taramba	Sumak Wawa Kusiwa	3
	Palominopata	Los Niños Alegres de Palominopata	1
Nueva Esperanza	Moyobamba Baja	Moyobamba Baja	4
	Nueva Esperanza	Nueva Esperanza	5
	Pacchipata	Los Cerebritos	2
	Chichucancha	Los Inteligentes de Chichucancha	2

Fuente: Adaptación de DIRESA de Apurímac II y Kusi Warma (2011).

b. La infraestructura de los CVC

Una evaluación de la operatividad de los 21 CVC, realizada por la DIRESA Apurímac II y la Asociación Kusi Warma, reporta que al año 2012, 11 funcionan en locales propios, mientras que los otros 10 funcionan en locales prestados; 6 centros tienen los techos en condiciones buenas, 7 regulares y lo demás no están en condiciones adecuadas; ninguna de ellas cuenta con cocinas mejoradas; 13 centros no cuentan con baños; 15 no tienen lavaderos y muchos no tienen instalaciones eléctricas. Sin embargo, las autoridades comunales y municipales están coordinando y gestionando el mejoramiento de dichas infraestructuras.

c. El equipamiento de los CVC

La DIRESA Apurímac II y la Asociación Kusi Warma han realizado

un interesante inventario sobre el estado del equipamiento de los centros de vigilancia. Sobre esta base, las autoridades correspondientes pueden adoptar las acciones necesarias.

Los mobiliarios en estos centros son insuficientes y algunos están deteriorados. Casi todas las madres y agentes comunitarios de salud han expresado la necesidad de equipar mejor a los centros de vigilancia con materiales de estimulación. Cuando se indagó si los papás y las mamás hacían juguetes, respondieron que gran parte de los muñecos y sonajas fueron hechos por ellos. A lo mejor se podría hacer algunos talleres de fabricación de juguetes sencillos y también de reciclaje de residuos sólidos con fines de incrementar la juguetería de los niños.

Fotografía 2: Parte del equipamiento de un centro de vigilancia comunitaria (Néstor Taipe, 2012).

1.5. El agente comunitario y el promotor municipal de salud

El agente comunitario de salud (ACS) es una persona voluntaria nom-

brada y reconocida por la comunidad, que está preparada para la prevención de enfermedades y promoción de prácticas saludables en la familia y la comunidad, en coordinación con el personal de salud y las autoridades comunales. Cuando el agente es varón se denomina "promotor de salud" y cuando es una mujer se denomina "madre consejera". Habrá necesidad de diferenciar entre "promotor comunal de salud" y "promotor(a) municipal de salud", el último es contratado por el municipio para atender a los CVC.

a. Promotor(a) municipal de salud

En Santa María de Chicmo existe una particularidad interesante. Los centros de vigilancia comunitaria funcionan hace una década, desde entonces algunas mujeres se han formado como madres consejeras y algunos varones como promotores comunales de salud. Ambos son conocidos como agentes comunitarios de salud (ACS). En el distrito hay actualmente 40 ACS, de los cuales 39 son mujeres y 1 es varón.

Pero desde el 1 de agosto de 2008, el Gobierno Local creó una Oficina de Promoción de la Salud, que tiene un responsable y un equipo de cinco promotoras municipales de salud, tomadas por concurso y pagadas por la municipalidad. Cada promotora municipal tiene la responsabilidad de atender a un grupo de centros de vigilancia. Todas fueron madres consejeras en sus comunidades o barrios; por tanto, tienen una gran experiencia en el cuidado de niños menores de 3 años de edad y de madres gestantes.

Para desarrollar las capacidades de las promotoras municipales de salud, la Oficina de Promoción de la Salud del municipio, en consenso con la micro red de salud de Chicmo, tiene definido realizar capacitaciones semanales, de modo que estos aprendizajes sean replicados en las sesiones educativas con las mamás y los ACS en cada centro de vigilancia.

La Oficina de Promoción de la Salud del municipio tiene un temario y un cronograma de capacitación. Además, cuenta con un protocolo o guion metodológico para que las promotoras municipales puedan hacer la réplica en las comunidades, donde a su vez tienen el acompañamiento del personal de salud denominado sectorista.

Las características generales de las promotoras municipales de salud son su origen local, son bilingües quechua e hispano hablantes y tienen mucha experiencia como madres consejeras.

Una de las grandes dificultades de este grupo de promotoras municipales es que no disponen de movilidad para el desplazamiento a los centros de vigilancia.

Desde la propia percepción de este grupo, hay necesidad de continuar reforzando sus conocimientos y prácticas en estimulación temprana, cuidado del niño, nutrición y salud reproductiva y "enfermedades de la mujer".

La ausencia de hombres en este grupo es un indicador que los varones aún no están totalmente inmiscuidos en el tema de la vigilancia comunitaria. Lo anterior podría explicarse porque estos están dedicados a la actividad agrícola casi de modo exclusivo. También podría explicarse porque la crianza de los niños aún está considerada como una actividad "propia" de la mujer.

Fotografía 3: Responsable de Oficina de Promoción de la Salud municipal, madres consejeras y sistematizador en Nueva Esperanza (M. Laurente, 2012).

b. Madres consejeras

"Nosotras como madres consejeras –narraban– hacemos visitas domiciliarias, para saber porqué ciertas mamás con sus niños no asisten a las reuniones de los centros de vigilancia, o porqué las gestantes no van al puesto de salud para sus controles prenatales… También si en el monitor algún niño está marcado con la flecha roja, le hacemos el seguimiento con visita domiciliaria, ya que el color rojo indica que el niño está en riesgo de anemia o desnutrición y controlamos su alimentación con la mamá".

Como resulta natural, cada madre consejera describe a su manera sus funciones y en sus descripciones enfatizan sus prioridades y no necesariamente hablan del total de las funciones que les corresponde ejercer.

La DIRESA APURÍMAC II (2011) intentó estandarizar las funciones principales de los agentes comunitarios de salud:

- Incentivar a las gestantes y su familia a acudir al establecimiento de salud para sus controles prenatales establecidos y referencias cuando se presente algún signo de alarma, promoviendo el parto institucional.
- Motivar a las familias con niños menores de 3 años de edad a acudir al establecimiento de salud para sus controles de crecimiento y desarrollo y tratamiento en caso que los niños estén enfermos.
- Acompañamiento y seguimiento a las familias para mejorar las prácticas en el cuidado de las gestantes y los niños en la nutrición, higiene, estimulación y salud.
- Mantener actualizados los instrumentos de vigilancia (mapa comunal, monitor y/o calendario y gráfico del niño y gestante) donde están claramente identificados todas las gestantes y los niños menores de 3 años de edad de la comunidad.
- Convencer a las familias para que participen en las sesiones educativas y demostrativas de estimulación temprana que se realizan en los centros de vigilancia.
- Participar en las asambleas comunales o en espacios locales de

diálogo y discusión para motivar e informar sobre la situación de la salud de los niños y las gestantes.
- Participar en las capacitaciones ofrecidas por el establecimiento de salud u otra institución.

Sobre el desarrollo de capacidades, las madres consejeras narraron: "Antes recibíamos capacitación de Kusi Warma. Ahora lo hace el centro de salud cada mes. Luego, nosotras hacemos las réplicas los días martes y miércoles en el centro de vigilancia y así capacitamos a las mamás. Hablamos temas importantes como por ejemplo sobre la alimentación y la higiene, sobre desnutrición y la anemia, la atención a la gestante y el bebé".

Los 40 ACS se juntan una vez por año en la capital del distrito, participan en una capacitación en el establecimiento de salud, luego el municipio les hace reconocimientos simbólicos. El año pasado, por navidad, cada ACS recibió una canasta de víveres. En Nueva Esperanza recibieron algunos kilos de azúcar.

En apariencia es sencillo ejercer las funciones de ACS. La práctica es complicada y necesita mucha perseverancia. Para captar a las gestantes se hacen visitas domiciliarias. Generalmente la promotora municipal de salud o la madre consejera indaga y al enterarse sobre algún embarazo, realiza la visita y pregunta si ya está yendo al centro de salud para sus controles prenatales. Tiene que sensibilizarla que es importante su cuidado durante el periodo de gestación, y si es adolescente o "primeriza" que no tenga vergüenza, que es normal que esas cosas pasan. "Así la captamos –dice una madre consejera–. Si no hace caso la recomendación, se informa al centro de salud para que junto con un personal de este se la visite".

"A los menores de tres años de edad –dijo otra madre consejera– los captamos con la ayuda de la autoridad comunal. La autoridad perifonea recomendando que las madres y los padres lleven al centro de vigilancia a los niños menores de tres años. En el centro de vigilancia, las promotoras del municipio dan sesiones educativas, de estimulación, nutrición, etc., sesiones que duran unos 45 minutos. Para el cual

utilizan un guion metodológico y un plan con temas predefinidos. Terminada las sesiones educativas, las mamás empiezan a hacer jugar a los niños".

"Los problemas con las gestantes –testimonió una madre consejera– es que no se cuidan bien, hacen cosas pesadas y con el esfuerzo pierden líquido, se registra poca ganancia de peso. Pero luego, cuando les falta unas cuatro o tres semanas para que alumbren, se les lleva a la "*casa hogar*" de la micro red de Chicmo, donde el municipio da una parte de los alimentos y la otra parte es complementada por salud. Entonces las mamás llevan su leña y papitas y así tienen para alimentarse hasta el parto institucional". Luego del parto retornan a sus hogares recibiendo información acerca del cuidado del recién nacido.

"Los problemas con los niños menores de 3 años de edad –expresó otra madre consejera– es que las enseñanzas que damos no los llevan a la práctica, porque aquí más se dedican a la chacra. Les decimos que hagan comer al niño unas cinco veces al día y no pueden hacerlo. Van con sus animales al campo junto con el niño y unas veces llevan comida y otras no. En ocasiones apenas llevan papas o mote y eso les hacen comer. El consumo de agua segura es todavía otro gran problema, por eso hay mucha parasitosis en los niños, la cloración del agua no es suficiente o no lo hacen bien".

Las características generales de las ACS es que todas son mamás, son elegidas voluntariamente en su comunidad, hacen trabajo ad–honoren, les gusta y tienen experiencia en el cuidado de niños, siempre están con ganas de saber más sobre temas de salud. La presencia de un solo hombre entre 40 agentes comunitarios también hace pensar en los grados de involucramiento de los varones en el cuidado de los niños menores de 3 años de edad y las gestantes. Sin embargo, casi todas las madres consejeras y promotoras de salud coinciden en que, por afinidad de género, resulta más fácil ganar la confianza de las mujeres gestantes y madres de niños, hay temas o asuntos que una puede confiar a otra mujer por considerar "natural" entre ellas y no hablarían nunca con un varón por razones de pudor.

La DIRESA APURÍMAC II (2011) recomendó que los temas de capacitación con los agentes comunitarios de salud sean:

- La trascendencia del crecimiento y desarrollo temprano.
- Uso de la metodología participativa en sesiones educativas.
- Cuidados durante la gestación (consumo de alimentos de origen animal, suplementación de hierro, apoyo de la pareja y descansó materno).
- Lactancia materna exclusiva.
- Alimentación complementaria a partir de los 6 meses a menores de 3 años, a través de las sesiones demostrativas.
- Sesiones de estimulación temprana y prenatal (masajes y juegos por grupo de edades).
- Higiene (lavado de manos).
- Suplementación con micronutrientes (hierro, vitamina A, Ac. Fólico, yodo).
- Visitas domiciliarias de seguimiento y acompañamiento.
- Manejo del carné CRED y perinatal.
- Vigilancia comunitaria del crecimiento y desarrollo temprano.
- Conociendo la estrategia de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AEIPI) comunitaria.
- Sistema de referencia y contra referencia comunal.

Todas las madres consejeras manifestaron que de parte de la comunidad no reciben reconocimiento ni incentivo alguno. Por las labores que realizan en beneficio de los niños no son ni siquiera exoneradas de los trabajos comunales.

Si las madres consejeras tuvieran oportunidad de platicar directamente con el alcalde distrital dijeron que pedirían juguetes para los niños porque con el tiempo "muchos juguetes están perdiéndose o malográndose". "También pediríamos que el municipio construya nuestro local para el centro de vigilancia y que pongan baños, lavaderos y cocinas mejoradas".

Si las madres consejeras tuvieran oportunidad de platicar directamente con el director de la Dirección Regional de Salud de Apurímac, expresaron que pedirían "que los apoyen con la construcción de

sus locales, con más charlas y capacitaciones acerca de la alimentación durante la gestación y para balancear los alimentos para los niños y así nosotras poder explicar a las mamás".

1.6. Las acciones de vigilancia

La DIRESA APURÍMAC I y DIRESA APURÍMAC II consignaron las siguientes acciones de vigilancia:

Seguimiento de la atención prenatal. En el monitor o calendario de gestantes se vigilan los factores de riesgo para el embarazo identificados por los agentes comunitarios de salud: la ganancia de peso, el acompañamiento de la pareja y/o familia, el consumo del suplemento de hierro; información que se registra del carné de atención prenatal. En caso que la gestante no acuda a su atención prenatal, presente signos de alarma o algún riesgo para su embarazo, se debe referir al establecimiento de salud.

Vigilancia del estado nutricional de la gestante. En la gráfica de vigilancia del estado nutricional de la gestante se monitorea el incremento de peso durante todo el embarazo, que son identificados por los agentes comunitarios de salud: la adecuada ganancia de peso y el riesgo de desnutrición materna se registran del carné de atención prenatal.

Seguimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 3 años de edad. En el monitor de niños se vigilan los factores de riesgo para el crecimiento y desarrollo infantil: la ganancia de peso, el incremento de talla, el consumo de micronutrientes, la presencia de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), entre otros; los datos se toman del carné de atención integral de salud del niño.

Vigilancia del estado nutricional del niño menor de 3 años de edad. En la gráfica de vigilancia del estado nutricional del niño se monitorea el incremento de talla para la edad, que son identificados por los agentes comunitarios de salud; entre los que pueden estar la adecuada talla para la edad, riesgo de desnutrición crónica o desnutrición crónica, información que se recoge del carné de atención integral de salud del niño. Los monitores (de gestantes y de niños) son elaborados por la promotora municipal de salud o las madres consejeras con

apoyo del personal de salud, utilizando los datos del carné de atención prenatal y control del crecimiento y desarrollo. La actualización es realizada de manera permanente, según sea acordado entre los agentes comunitarios y las familias (gestante, padre y madre del niño). Lo importante es que se identifiquen oportunamente los riesgos en los niños y las gestantes.

Visitas de apoyo a la familia por el agente comunitario. Las visitas domiciliarias se realizan para apoyar a la madre y la familia en el mejoramiento de las prácticas de la gestante y el niño en su propio ambiente. Estas visitas permiten observar y entender el ambiente familiar, los recursos y su utilización, y brindarle apoyo y motivación en coherencia con los recursos de la familia. En estas visitas se puede observar el consumo de suplemento de hierro de la gestante y los multimicronutrientes en el niño e indagar sobre las razones por las que consumieron o dejaron de consumir, y reforzar la importancia del suplemento de hierro para la prevención de la anemia y para el desarrollo infantil.

Sesiones educativas para madres y padres de familia. Estas sesiones refuerzan o complementan el trabajo de consejería realizada en las visitas domiciliarias. Los temas se basan en los problemas encontrados que afectan el crecimiento y desarrollo de los niños, en el análisis de datos de los monitores/calendarios de gestantes y niños, y en los problemas identificados en las visitas domiciliarias. Las sesiones educativas son preparadas por el agente comunitario de salud con el apoyo del personal de salud (antes, durante y después de la sesión). Se puede tener también sesiones demostrativas, por ejemplo, de preparación de alimentos y lavado de manos.

Sesiones de estimulación. Las sesiones de estimulación son desarrolladas por las promotoras municipales de salud o los ACS capacitados. Estas sesiones tienen el propósito de ayudar a los padres a entender la importancia de la estimulación del desarrollo, capacitarlos en formas de estimulación que puedan practicar en sus hogares, enfatizando sobre la importancia de utilizar cada momento de contacto con sus hijos como una oportunidad para estimular su desarrollo. Estas sesiones permiten compartir experiencias entre los participantes, apoyar a las gestantes y lactantes en relación al afecto, la reducción del trabajo

pesado, la disponibilidad de tiempo para el cuidado de ella y del niño y evitar el maltrato físico y emocional, e incidir en la comunicación y el afecto de los padres con sus niños desde la gestación. Se puede formar grupos de edades para las sesiones de estimulación de niños menores de 3 años y se deben realizar siempre con el acompañamiento de la madre o padre. En niños menores de 1 año se recomiendan las sesiones de masajes.

Sistema de referencia y contra referencia comunal. Este sistema inicia cuando el agente comunitario de salud identifica un riesgo en la gestante o niño menor de 3 años de edad en la comunidad, lo refiere al establecimiento de salud para su atención respectiva con una ficha de referencia y retorna con la ficha contra referencia.

Promoción de mensajes con uso de comunicación audiovisual. Si en la comunidad existen medios de difusión (altoparlantes, fotografías), los agentes comunitarios o autoridades comunales pueden transmitir mensajes breves y sencillos relacionados con prácticas del cuidado de la gestante o del niño menor de 3 años de edad.

Participación en asambleas comunales. Los agentes comunitarios de salud participarán en las asambleas comunales para informar sobre la situación de salud de las gestantes y los niños en la comunidad para que de manera conjunta tomen acciones en favor de la primera infancia.

2. Los actores involucrados con los centros de vigilancia comunitaria

Los actores involucrados con la vigilancia comunitaria que vamos a describir al año 2012 son las autoridades y líderes comunales, los establecimientos de salud, el gobierno local, los programas sociales, las organizaciones no gubernamentales y el Programa Conjunto.

2.1. Autoridades y líderes comunales

a. Interés

El interés de las autoridades y líderes comunales es el desarrollo de la comunidad. Pero el desarrollo tiene como fin el bienestar del ser humano.

b. Problemas percibidos

Los problemas percibidos por estos actores son los riesgos de desnutrición y anemia a que están sometidos los niños menores de 3 años de edad y las gestantes.

c. Recursos y mandatos

La comunidad tiene muchos recursos materiales, económicos, sociales y culturales: tienen tierras comunales, formas de trabajo colectivo y de cooperación intra e interfamiliar, cuentan con una organización comunal, tienen sus propias formas de control social y administración de justicia de acuerdo a sus costumbres.

Las autoridades y líderes comunales son generadores de corrientes de opinión, pueden facilitar u oponerse a los proyectos o los programas de desarrollo, pueden facilitar o rechazar al ingreso de las instituciones extra locales como las ONGs. Una vez convencidos de lo positivo de una propuesta, ayudan a persuadir a la población.

Es función de estos actores realizar gestiones para el desarrollo de su población. No obstante, requieren de un directorio de instituciones públicas y privadas con presencia en el distrito, la provincia y la región, y que conozcan las funciones de cada institución, de modo que cuando hagan sus gestiones toquen la puerta correcta.

Las autoridades comunales participan cada cierto tiempo en la elaboración o actualización de los planes de desarrollo concertado distrital. En este espacio tiene la gran posibilidad de influir en las políticas de desarrollo distrital de acuerdo a los intereses reales de la población rural.

Del mismo modo tienen la facultad de ser partícipes del presupuesto participativo anual donde se define cómo y a qué se van a orientar los recursos, teniendo en cuenta los objetivos del plan de desarrollo estratégico o institucional, los cuales están directamente vinculados a la visión y objetivos del Plan de Desarrollo Concertado (PDC).

Solo para ejemplificar, en una entrevista a don Wilfredo Gonzáles Ortiz, presidente de la comunidad de Chichucancha–Nueva Esperanza, testimonió que han pensado solicitar al alcalde la donación de juguetes y el equipamiento de los centros de vigilancia. La comunidad

ha donado un terreno para la construcción de un local para el centro de vigilancia en Nueva Esperanza. En cambio, los otros dos barrios, Chichucancha y Pacchipata tienen locales propios, pero sus baños están deteriorados y necesitan el mejoramiento de ambos locales. Precisamente a raíz de la carencia de locales propios en varias comunidades, se está solicitando que el municipio trabaje un proyecto integral para la construcción de locales para todos los centros de vigilancia en todas aquellas que no cuentan con locales propios.

El monto asignado para el funcionamiento de la oficina municipal de promoción de la salud es el resultado de la priorización de los asistentes en el presupuesto participativo. Pero también priorizan otros recursos para los centros de vigilancia comunitaria.

Por su parte, las autoridades de Alto Santa Rosa dijeron que la comunidad no participó en la formulación del PDC. En cambio, sí fueron parte del último presupuesto participativo y han pedido que el municipio financie el saneamiento básico de la comunidad. Actualmente no tienen ninguna gestión en curso en favor de los niños y gestantes.

En otras comunidades las prioridades no van precisamente para mejorar los centros de vigilancia, sino están relacionadas con algunas obras de infraestructura como carretera o canales de irrigación.

Finalmente, el grado de solidez de la organización comunal tiene directa correspondencia con sus capacidades de resolver sus problemas, de realizar gestiones efectivas y con el bienestar de su población.

2.2. El establecimiento de salud

a. Interés

El interés de la micro red de salud con relación al cuidado de niños menores de 3 años de edad y de gestantes es contribuir en la reducción de la desnutrición crónica infantil y mejorar la salud materno y neonatal. El interés mencionado está plasmado en su visión y misión institucional:

Visión: Ser una micro red de salud articuladora y líder al 2021, con potencial humano, comprometido en brindar intercambio de experiencias de mejora del estado nutricional adecuado de la primera in-

fancia, en forma integral, con calidad, calidez, equidad e interculturalidad al individuo, familia y comunidad, en el distrito de Santa María de Chicmo.

Misión: Somos una micro red modelo en el trabajo comunitario que brinda servicios de salud integral con calidad, equidad, eficiencia e interculturalidad, articulado con los actores sociales del distrito de Santa María de Chicmo, buscando el desarrollo integral de la primera infancia, familia, comunidad y medio ambiente.

b. Problemas percibidos

Los problemas percibidos con la desnutrición crónica infantil que afecta al 24% de los niños menores de 5 años y la anemia al 48%, afectando seriamente al desarrollo y crecimiento del niño, cuyas causas están relacionadas con el déficit de ingesta de alimentos en cantidad y calidad suficientes, los episodios repetitivos de enfermedad, los cuidados inadecuados de las gestantes, y por la carencia de servicios de agua potable y saneamiento básico adecuado.

c. Recursos y mandatos

Según la Ley N° 27657, "el Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo. Es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural" (MINSA, 2002: 216517)

Cuando se habla de la presencia del sector salud en Chicmo estamos refiriendo de una micro red constituida por siete establecimientos de salud, dos de ellos de funcionamiento reciente (los puestos de salud de Moyabamba y Lamay). De acuerdo con la DIRESA APURÍMAC II y Asociación Kusi Warma (2011) durante el año 2011, la micro red tuvo 53 profesionales prestando servicios en cinco establecimientos de salud. A fines de 2012, la micro red tenía 60 profesionales prestando servicios en 7 establecimientos de salud (ver tabla 1).

Tabla 1: Personal de los establecimientos de salud en el distrito de S.M. de Chicmo (2012).

EE.SS.	MÉD.	ENF.	OBST.	ODONT.	NTA.	PSIC.	BLGO	T. ENF.	T.I.	CHOF.	TOTAL
C.S. Chicmo	3	5	6	2	1	1	1	5	1	1	25
C.S. Nueva Esperanza	2	3	2	1	0	0	0	4	0	0	12
P.S. Rebelde Huayarana	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	4
C.S. Cascabamba	2	3	2	1	0	0	0	3	0	0	11
P.S. Taramba	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	4
P.S. MoyoBamba	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
P.S. Lamay	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	3
TOTAL	7	14	12	4	1	1	1	19	1	1	60

Fuente: Sonia Girón (2012).

De acuerdo a las entrevistas realizadas a los trabajadores de salud en Chicmo y Nueva Esperanza (Sonia Girón, María Medina y Auberth Guizado), solo en el centro de salud de Chicmo se practica el parto institucional por ser de nivel I–4 (centro de salud con internamiento). Los demás establecimientos de salud tienen que derivar a las gestantes a la "*casa hogar*" para el parto institucional.[2]

Para cubrir la atención integral (de nutrición, psicología y biología), los profesionales de la micro red van a todos los establecimientos en fechas programadas.

Una parte del personal de salud está asignada al trabajo con los 21 centros de vigilancia comunitaria del distrito. A la asignación que un personal de salud hace a un grupo determinado de centros de vigilancia se le denomina sectorización. El personal asignado a cada sector se denomina sectorista, este conoce bien los problemas de desnutrición y anemia que afecta a los niños y gestantes y realiza las visitas domiciliarias para hacer consejería familiar.

En ocasiones se tiene dificultades de comunicación entre trabajadores de salud y la población, dificultades ocurridas especialmente con personal nuevo que llega al establecimiento de salud. En Rebelde Huayrana, Pucahuasi y Cascabamba hay mayor dificultad porque estos centros poblados tienen más quechua hablantes. Las dificultades son resueltas con ayuda del personal técnico que generalmente es bilingüe. El reconocimiento del problema anterior, hizo que la DIRESA

[2] En realidad, se llama Casa de Espera Materna, pero todos la denominan "*casa hogar*" y así la referiremos en adelante.

organice diplomados del idioma quechua, dando oportunidad para que el personal que no sabe la lengua nativa pueda acceder por lo menos al dominio básico de dicha habla. Estos diplomados se daban desde inicios de la década pasada y ahora continúan, pero solo como cursos de quechua. Es decir, hay una política de la DIRESA APURÍMAC II de facilitar la interculturalidad entre los trabajadores de salud y los consumidores de los servicios de salud.

Además, el personal de salud que trabaja con los centros de vigilancia comunitaria ha sido parte de algunos programas de desarrollo de capacidades. "La institución que más nos ha fortalecido –afirmó el personal entrevistado– ha sido el Programa Conjunto, este año nos capacitaron en el tema de desarrollo, anemia, la aplicación y elaboración de los guiones metodológicos, estimulación temprana y el sistema de vigilancia comunitaria".

Se implementó un diplomado en "Atención integral de salud basada en la familia y la comunidad". El personal asistente a este diplomado fue seleccionado por la DIRESA APURÍMAC II. Hubo mucha deserción. Este diplomado enfatizó sobre las visitas integrales y la importancia que tiene el trabajo extramural.

Entre los años 2000 y 2006 recibieron también diversas capacitaciones del Programa Buen Inicio. Los temas incididos fueron la estimulación y nutrición de niños y gestantes. Al sector salud y Kusi Warma los fortalecía Buen Inicio en temas relacionados a la primera infancia desde la gestación.

"Sin embargo –aseguraron los entrevistados–, siempre queda por aprender más, sentimos necesidad de perfeccionar nuestros conocimientos en el desarrollo del niño, estimulación temprana, monitoreo y la aplicación del guion metodológico para capacitaciones. La capacitación debe ser constante para que estemos actualizados".

"Los sectoristas –expresó Auberth Mariño– hacemos un seguimiento y acompañamiento los días que nos reunimos con las madres consejeras y las promotoras municipales de salud y ahí aplicamos el guion que está girando en torno a las siete prácticas priorizadas por la DIRESA APURÍMAC II, conjuntamente con el personal del municipio y el personal de salud. Y ya a partir de esa capacitación, las madres

consejeras hacen la réplica en el centro de vigilancia con las demás madres".

Los establecimientos de salud del ámbito distrital están comprometidos con el fortalecimiento de capacidades de los agentes comunitarios de salud (madres consejeras) y del personal de la Oficina de Promoción de la Salud del municipio (coordinadora y promotoras municipales), para el cual han proyectado un plan de trabajo articulado entre la municipalidad, los ACS y salud, han priorizado siete prácticas para el fortalecimiento de capacidades con sus respectivos guiones metodológicos de aplicación para adultos, el acompañamiento en visitas domiciliarias y en los centros de vigilancia y la participación en las sesiones demostrativas.

Las siete prácticas priorizadas son el lavado de manos, la lactancia materna exclusiva, la estimulación psicoafectiva, la alimentación y nutrición, el cuidado de la gestante y el puerperio, el consumo de micronutrientes y el consumo de agua segura.

De acuerdo con DIRESA APURÍMAC I, los establecimientos de salud deben realizar acciones de acompañamiento, monitoreo y evaluación al sistema de vigilancia comunitaria:

Para fortalecer las competencias de los agentes comunitarios, el personal de salud lo acompaña en las diversas actividades que desarrolla con las familias, autoridades y la comunidad (el ritmo de los acompañamientos depende del desenvolvimiento de los agentes comunitarios). Algunas actividades en las que puede acompañar son las sesiones educativas (para apoyarle en la construcción de los mensajes claves y a manejar las técnicas de capacitación); las sesiones de estimulación; las visitas domiciliarias (apoyando a priorizar a las familias con algún factor de riesgo en la gestante y en el niño menor de 3 años de edad); y en la actualización de los instrumentos de vigilancia y la reflexión con los actores sociales de la comunidad.

El monitoreo lo realiza el personal de salud, pero también los agentes comunitarios de salud. Los indicadores a monitorear son el bajo incremento de peso en la gestación, bajo peso al nacer, prevalencia de infecciones respiratorias y diarreicas y maltrato. La información anterior permite el análisis y la determinación de las acciones para el

apoyo a las familias.

La evaluación se hace para valorar el impacto logrado en el estado nutricional de las madres y los niños (desnutrición crónica y anemia infantil); debe ser participativa para permitir el aprendizaje de los actores involucrados. Los indicadores de impacto que pueden evaluarse en la comunidad son peso y talla del recién nacido, la prevalencia de la desnutrición crónica infantil, la anemia en gestantes y niños menores de 3 años de edad, y el parto institucional. Los indicadores en gestantes que pueden evaluarse son el inicio del control prenatal en el primer trimestre, el acompañamiento de la pareja/familiar en el control prenatal, la ganancia de peso de la madre durante el embarazo, y el consumo de suplemento de hierro. Los indicadores en niños que pueden evaluarse son la lactancia materna exclusiva, la presencia de EDAs e IRAs, el consumo de suplemento de hierro y/o multinutrientes y la estimulación temprana.

2.3. El gobierno local

a. Interés

El interés del gobierno local con relación al cuidado de niños menores de 3 años de edad y de gestantes está plasmado en el Plan de Desarrollo Concertado (PDC) y el Plan Articulado Local (PAL).

El PDC del distrito de Santa María de Chicmo, en el capítulo correspondiente al desarrollo en capital humano, considera "disminuir la desnutrición infantil, incidencia del alcoholismo y violencia familiar" y "mejorar y ampliar los servicios básicos de agua y desagüe para toda la población del distrito".

El PAL declara que su visión es "El distrito de Santa María de Chicmo con producción y consumo de alimentos nutritivos, con servicios articulados en la atención y cuidado de la gestante y el niño menor de 3 años de edad ha mejorado el índice de desarrollo humano". El lema movilizador es "Priorizar la primera infancia para lograr capital humano". Uno de sus valores es la solidaridad relacionada con la consejería y ayuda "a las familias con prácticas inadecuadas en el cuidado a los niños".

b. Problemas percibidos

Los problemas relacionados con los niños y las gestantes que se pueden resaltar del PAL distrital son: Prácticas inadecuadas en la alimentación complementaria de los niños menores de 3 años de edad, estimulación temprana inadecuada o insuficiente, prácticas de lavado de manos inadecuada o inexistente, cuidados inadecuados de la gestante y del niño menor de 3 años de edad, alimentación no segura en la *casa hogar* de las gestantes, el embarazo de adolescentes y limitado seguimiento al consumo del suplemento de hierro (Salazar, 2012).

Obviamente lo anterior solo tiene sentido si se considera la prevalencia de la desnutrición crónica y la anemia infantil y de gestantes.

Al margen de cualquier indicador cuantitativo o técnico, existe una interiorización discursiva sobre la importancia del cuidado del niño menor de 3 años de edad desde la gestación, porque consideran que en ese periodo ocurre la mayor parte del desarrollo del cerebro, y que este niño constituye el futuro capital humano del que dependerá el destino del distrito.

c. Recursos y mandatos

De acuerdo con la Ley Orgánica de Municipalidades (LOM), Ley N° 27972, entre las competencias de los gobiernos locales están: "Planificar integralmente el desarrollo local […]" y "promover, permanentemente la coordinación estratégica de los planes integrales de desarrollo distrital".

Entre las funciones específicas exclusivas de las municipalidades distritales están: "Organizar, administrar y ejecutar los programas locales de asistencia, protección y apoyo a la población en riesgo, de niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad y otros grupos de la población en situación de discriminación", "promover y concertar la cooperación pública y privada en los distintos programas sociales locales" y "ejecutar el Programa del Vaso de Leche y demás programas de apoyo alimentario con participación de la población y en concordancia con la legislación sobre la materia".

Además, el municipio distrital puede emitir normas como las ordenanzas, acuerdos de consejo, decretos y resoluciones de alcaldía.

Para favorecer a la primera infancia desde la gestación, el municipio distrital de Santa María de Chicmo ha realizado, entre otras, las siguientes acciones:

1. Ha creado la Oficina de Promoción de la Salud, con una responsable y cinco promotoras que tienen la misión de mantener operativos los 21 centros de vigilancia comunitaria del ámbito distrital.
2. Asignó un presupuesto anual para el funcionamiento de la Oficina de Promoción de la Salud y para el apoyo directo de mantenimiento de los centros de vigilancia comunitaria.
3. Tiene proyectado construir un local para el centro de vigilancia comunal de Nueva Esperanza.
4. Promociona el consumo de alimentos nutritivos mediante concursos de platos nutritivos para gestantes y niños.
5. Hace emisiones radiales con mensajes relacionados al cuidado de los niños menores de 3 años de edad desde la gestación.
6. Equipa con juguetes y útiles de aseo a los centros de vigilancia.
7. Otorga incentivos a las madres consejeras.
8. Tiene a su cargo el Programa de Vaso de Leche.
9. Teje alianzas con el Programa Conjunto, Salud, Programa JUNTOS y las ONGs.
10. Apoya con un monto de dinero para la alimentación de las gestantes que acuden a la "*casa hogar*" esperando el parto institucional.
11. Promovió la elaboración del Plan Articulado Local 2013.
12. La municipalidad tiene una oficina de desarrollo local que está promoviendo los cultivos variados y la crianza de animales menores.

Sin embargo, a pesar de que hubo un diplomado sobre "Gerencia social por resultados", el municipio aún carece de un equipo especializado en la elaboración de proyectos de desarrollo de acuerdo al Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones.

Este será un tema permanente a seguir trabajando para lograr la viabilidad de los perfiles y la elaboración de los expedientes técnicos con el profesionalismo requerido.

2.4. Los programas sociales

a. Programa de Vaso de Leche

Interés

El interés del Programa de Vaso de Leche (PVL) es ofrecer una ración diaria de alimentos a una población considerada vulnerable, con el propósito de ayudarla a superar la inseguridad alimentaria en la que se encuentra. Su prioridad son los grupos poblacionales de niños de 0–6 años y gestantes, luego los niños de 7–13 años, después personas de tercera edad y aquellas con TBC.

Problema percibido

El problema que le interesa solucionar al Programa de Vaso de Leche es la carencia de seguridad alimentaria de la población vulnerable en el país.

Recursos y mandatos

Ofrecer una ración diaria de alimentos a una población considerada vulnerable. Busca elevar su nivel nutricional y así contribuir a mejorar la calidad de vida de este colectivo que no estaría en condiciones de atender sus necesidades elementales.

Se tuvo una entrevista con Ruth Ortiz Salazar (ex encargada del Programa de Vaso de Leche de la Municipalidad Distrital de Chicmo). Desde su visión de implementación concreta, el fin del Programa de Vaso de Leche "es bajar la desnutrición a partir de la entrega de los lácteos en forma de yogurt natural". Desde el año 2010 a la fecha, "se entrega a los beneficiarios un litro con doscientos gramos de yogurt".

"El perfil de los beneficiarios –informó Ruth Ortiz– son los niños de 0 a 6 años, las madres gestantes y las madres en periodo lactancia. La norma dice que deberíamos dar también a los niños de 7 a 13 años, pero lamentablemente al distrito viene poco presupuesto y, por tanto,

se da prioridad a los grupos anteriores". A noviembre del año 2012, el PVL en el distrito tuvo 1,419 beneficiarios, que están agrupados en 26 comités de vaso de leche, de los cuales hay 1,050 niños de 0–6 años, 80 madres gestantes, 144 madres lactantes, los demás son niños de 7 a 13 años y discapacitados".

El PVL crea un espacio que permite a las promotoras municipales de salud sensibilizar a las mamás para que participen en los centros de vigilancia. También invita a los varones para que participen en sesiones educativas que se realizan en el centro de vigilancia.

b. Programa JUNTOS

Interés

El grupo meta del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres JUNTOS es la familia que afronta situaciones de pobreza o pobreza extrema, rural y urbana; en cuya composición existen gestantes, niños(as), adolescentes y jóvenes o hasta que cumplan los 19 años o hayan concluido la secundaria, lo primero que ocurra. Busca romper la transferencia intergeneracional de la pobreza mediante el desarrollo del capital humano en las poblaciones en riesgo y exclusión social.

Problema percibido

La transferencia intergeneracional de la pobreza y pobreza extrema de una parte de los peruanos que no tienen acceso a servicios de calidad en educación, salud y nutrición.

Recursos y mandatos

JUNTOS es un Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas que se inscribe dentro de la política social y de lucha contra la pobreza en hogares con menores de 19 años y gestantes. Su finalidad es contribuir a la reducción de la pobreza y a romper la transmisión intergeneracional de la pobreza extrema y como propósito generar capital humano en hogares en pobreza en corresponsabilidad Estado–Hogar, mediante la entrega de incentivos para el acceso y uso de servicios de salud, nutrición, educación e identidad; bajo un enfoque de restitu-

ción de los derechos básicos, con la participación organizada y la vigilancia de los actores sociales de la comunidad.

La mayor parte de las personas entrevistadas en Santa María de Chicmo ven positivamente al apoyo del Programa JUNTOS. Consideran que el apoyo se focaliza para mejorar la dieta alimentaria de los niños y las gestantes. JUNTOS es considerado como un interesante aliado que tiene varias bisagras de articulación con el sistema de vigilancia comunitaria.

En los días de aglutinación de los beneficiarios de JUNTOS, las promotoras municipales de salud, las madres consejeras y, a veces, los trabajadores de salud hacen charlas para el buen uso del dinero.

La presidenta del Programa JUNTOS (ex madre consejera) en Nueva Esperanza narró que ella recomendaba a las mamás para que el dinero obtenido lo destinen en la compra de menestras, verduras, carne e hígado para sus hijos. Esta labor de sensibilización cuenta con el apoyo de los trabajadores del centro de salud.

El Programa JUNTOS recomienda también a los beneficiarios que mejoren sus casas: Que tengan biohuertos, que la casa esté saludable, con cocinas mejoradas y letrinas. Obviamente, lo anterior beneficia a los niños y madres gestantes. El Programa JUNTOS, en coordinación con el puesto de salud y con el presidente comunal, visita a los hogares para verificar el cumplimiento de sus compromisos.

El Programa JUNTOS tiene un aspecto coercitivo al que teme la población beneficiaria. Cuando la familia no lleva al establecimiento de salud a la gestante o a los niños menores de 3 años de edad para los controles prenatales y de crecimiento y desarrollo y cuando no envían a los niños a la escuela, el Programa lo sanciona.

2.5. Las ONGs

La ONG que más ha intervenido en el distrito fue la Asociación Kusi Warma. La descripción de su presencia en Santa María de Chicmo está descrita en el Capítulo II. En esta ocasión no limitamos a una breve exposición.

Interés

Promover el crecimiento y desarrollo temprano de los niños menores de tres años desde la gestación, contribuyendo con la reducción de la desnutrición crónica y la deficiencia de micronutrientes.

Problemas percibidos

Los problemas percibidos fueron la prevalencia de la desnutrición crónica y la anemia en niños menores de 3 años de edad y en las gestantes.

Recursos y mandatos

Kusi Warma tiene contactos con cooperantes y una amplia experiencia en temas de crecimiento, desarrollo temprano y seguridad alimentaria. Su capital social es sólido. Tiene reconocimiento por todos los actores sociales de la zona por sus aportes. Ha trabajado en el ámbito del distrito desde 1999 hasta 2012 operando diversos proyectos relacionados con la primera infancia y la seguridad alimentaria.

2.6. El Programa Conjunto

Interés

El interés del Programa Conjunto es mejorar la nutrición y la seguridad alimentaria de la niñez del Perú.

Problemas percibidos

Los problemas percibidos fueron la pobreza, el hambre, la inseguridad alimentaria y la desnutrición crónica de 709,752 habitantes de las regiones de Loreto, Apurímac, Ayacucho y Huancavelica.

Recursos y mandatos

El Programa Conjunto "Mejorando la nutrición y la seguridad alimentaria de la niñez del Perú: Un enfoque de desarrollo de capacidades" es un programa de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), cuyas agencias participantes son la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo de las Naciones

Unidas para la Infancia (UNICEF), las cuales suman sus capacidades y experiencia para lograr el propósito planteado.

Se trató de una iniciativa para contribuir al logro de los Objetivos del Milenio vinculados a infancia (Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil), salud (Objetivo 5: Mejorar la salud materna), nutrición y seguridad alimentaria (Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre), a través de la mejora de capacidades y competencias de la Estrategia Nacional Crecer para incluir en su lucha contra la desnutrición crónica infantil y su implementación efectiva en el nivel regional y distrital de las regiones de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Loreto, beneficiando a 709,752 habitantes[3]. En Apurímac los beneficiarios fueron 106 mil niños menores de cinco años, madres gestantes y sus familias.

Las contrapartes nacionales del Programa Conjunto (PC) fueron la Secretaría Técnica de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (ST–CIAS) de la Presidencia del Consejo de Ministros, quien coordinará la participación de los ministerios de Agricultura (MINAG), de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), de Salud (MINSA) y sus representaciones regionales. El PC también contó con la participación de los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales.

Según Marlene Pareja (coordinadora del PC en Apurímac), este programa fue diseñado para operar por tres años (2010–2012). Desde noviembre del año 2009 hasta agosto de 2010, trabajó solo en la instancia nacional haciendo abogacía con los ministerios de Salud, Agricultura y de la Mujer y Desarrollo Social, para que incorporen el tema en sus agendas. En Andahuaylas, desde septiembre de 2009 hasta diciembre de 2012, el PC focalizó su intervención en los distritos de Santa María de Chicmo, Pacucha, Huancaray y Andahuaylas, en los cuales se decidió fortalecer la experiencia de la vigilancia comunitaria implementada por UNICEF en años anteriores mediante el Programa Buen Inicio y dar un salto cualitativo y articulándola definitivamente

[3] Las cuatro regiones seleccionadas están caracterizadas por altos niveles de pobreza, ruralidad, elevados porcentajes de población quechua hablante e indígena, altas tasas de analfabetismo y menores ingresos mensuales per cápita del país.

al sector salud y al gobierno local.

Como resultado de un trabajo de incidencia, los cuatro gobiernos locales incluyeron en sus PDC el tema de la infancia y la gestante, formularon y aprobaron sus planes articulados locales (PAL) priorizando un conjunto de intervenciones consensuadas entre los actores institucionales, para alcanzar resultados en la solución de los problemas que afectan principalmente a las mujeres gestantes y los niños menores de 3 años de edad.

El fuerte del PC –explicó Marlene Pareja– fue fortalecer las capacidades institucionales y de los actores sociales. Fueron implementados dos diplomados que ha cambiado la manera de pensar, de orientar y de ver con otros ojos el trabajo con la comunidad. El primer diplomado fue de "Gerencia social por resultados", dirigido a los profesionales de las instituciones con presencia en los distritos y los líderes comunitarios, funcionarios y autoridades de los gobiernos locales. Pero no es fácil fortalecer a los gobiernos locales. Hay necesidad de ir trabajando estrategias nuevas. La remoción constante de los funcionarios de confianza presenta una dificultad. Mientras el funcionario nuevo va ganando experiencia, resulta que ya lo van cambiando.

El segundo diplomado fue "Atención integral de salud basada en la familia y la comunidad", dirigido exclusivamente para trabajadores de las siete micro redes de salud de la provincia de Andahuaylas, enfatizó en la actividad promocional, con enfoque fuerte en interculturalidad y género. Además de los diplomados, el PC desarrolló directamente un programa de capacitación mediante algunos consultores.

3. Los resultados de la lucha contra la desnutrición y la anemia infantil

3.1. La desnutrición crónica y la anemia

Evolución de la prevalencia de la desnutrición crónica. Antes de que existan los centros de vigilancia comunitaria había mucho descuido de los padres hacia los niños, había altas prevalencias de desnutrición. Ahora mejoró la alimentación y disminuyó la desnutrición. La población entendió que el centro de vigilancia es necesario para el bienestar

de los niños.

La desnutrición crónica en niños menores de 3 años de edad el distrito de Santa María de Chicmo, entre el 2000 y 2012, ha tenido la siguiente evolución: Al año 2000 se registró 55.2% de prevalencia de la desnutrición crónica, al año 2004 bajó a 38.5%, al año 2010, cuando empezó a operar el Programa Conjunto en el distrito, disminuyó a 26%, a agosto de 2012 se redujo a 23%. En el periodo 2000–2012 se logró una reducción acumulada de 32.2 puntos porcentuales (equivalente a 2.7 puntos porcentuales/año).

Evolución de la prevalencia de la anemia. Fueron disminuidos los cuadros de anemia de los niños gracias a las sesiones de consejería que se dan en los establecimientos de salud y en los centros de vigilancia, a las visitas personalizadas a los niños que tienen anemia, a la dotación controlada de sulfato ferroso y la priorización de la alimentación del niño. Resulta importante que las madres hayan interiorizado sobre la importancia del consumo de alimentos de origen animal ricos en proteínas y hierro.

Los datos comparativos sobre la anemia en niños menores de 3 años de edad nos dan los siguientes porcentajes: Al año 2000 había 75.1% de prevalencia de anemia, al año 2004 bajó a 62%, al año 2012 se redujo a 39%. La reducción acumulada fue de 36.1 puntos porcentuales (equivalente a 3% puntos porcentuales/año).

3.2. Antes: Primero los papás. Ahora: Primero los niños

En una sociedad donde manda el varón, donde los mayores gozan de privilegios, la costumbre era que, a la hora de comer, las mamás servían primero al padre y a los hermanos mayores, ellos comían más alimentos y de mejor calidad, porque "necesitaban más energía" para las labores del campo.

En cambio, las mujeres y los niños estaban en una segunda prioridad. Inclusive entre niños y niñas de la misma generación había diferencias en las preferencias al momento de alimentarlos. Hay familias que narraron que preferían alimentar mejor al hijo varón.

Los hombres ocupaban lugares privilegiados en la casa para tomar los alimentos. Los niños se sentaban en pequeñas bancas, al lado

de la mamá y junto al fogón.

Se tuvo que persuadir para superar muchos mito–creencias negativos para los niños. Lizeth Aroni, ex trabajadora de Kusi Warma, testimonió que los medios persuasivos utilizados fueron:

> Los juegos, las dinámicas, la propaganda radial producida por UNICEF que la hacíamos escuchar y pedíamos su opinión. Usábamos fotos en blanco y negro para hacer la reflexión. Se preguntaba ¿Qué observan? ¿Cómo lo hacen ustedes?
>
> Después se graficaba manualmente la tarjeta *CRED del niño*, el detalle era graficar grande en la pared, para ayudar a identificar en qué estado estaba el niño, cómo iba la curva su crecimiento.
>
> En esa época la gente decía que los niños no podían comer huevo por la tarde, porque les podía hacer daño. Para romper esos mitos nos dejábamos ciertas tareas, para saber si el huevo frito hacia mal a los niños.
>
> Llevábamos algunos huevos y mientras nos reuníamos, alguien los sancochaba. Otras veces llevábamos pescado para darles a los niños. Así se promovía el consumo de proteína animal.

Las costumbres descritas se transmitían por sucesión intergeneracional y fue una de las prácticas culturales discriminatorias que la vigilancia comunitaria logró erosionar a lo largo de una década. Se tuvo que superar a los mito–creencias, a las oposiciones de carácter religioso que imponía prácticas de ayuno y ciertas prohibiciones alimentarias (como el consumo de sangre y carnes), se tuvo que persuadir a los hombres y líderes comunales y religiosos, ganar la confianza de las personas, superar las barreras de tipo cultural (adecuarse al idioma, a los tiempos y espacios de la cultura local). Costó mucho, pero ahora el mejor alimento está destinado para los niños.

Las personas entrevistadas manifestaron con cierto orgullo que ahora se sirve primero a los niños y después al padre y los hermanos mayores. Además, los niños ocupan los lugares preferentes en el hogar para tomar los alimentos. Ahora el padre, la madre y los hermanos mayores participan haciendo comer a los niños.

Los huevos, los cuyes y las aves que antes se vendían para comprar

fideos o arroz, ahora se reservan para la alimentación de los niños y las gestantes. Afirman que por lo menos tres veces por semana consumen carne, pollo, pescado y sangrecita. Y como la mayoría tiene ganado vacuno, a diario consumen leche y queso. Dijeron que el cereal solo no es alimento completo, sino que la dieta debe contener alguna menestra y verduras. Y cuando pueden consumen alguna fruta. En consecuencia, madres y padres aseguran que hoy sus hijos están mejor alimentados que antes de la existencia de los centros de vigilancia.

3.3. La percepción de los padres sobre el bienestar de sus niños

De acuerdo con la percepción de los padres, desde el año 2000 al 2012, desde que existen los centros de vigilancia comunitaria, hubo cambios importantes en el bienestar de sus niños. Estas percepciones pueden ser agrupadas en las dimensiones de la salud, educación e interacción en su entorno social.

Como consecuencia de la mejor alimentación otorgada a los niños, la salud de estos es más estable. "Antes –comentaba un padre de familia en Nueva Esperanza– no había el centro de vigilancia ni la consejería familiar, entonces los niños se enfermaban casi siempre". Inclusive, según la micro red de salud de Chicmo, los casos de enfermedades diarreicas han disminuido. Aunque las infecciones respiratorias se presentan inevitablemente en épocas de frío. Los niños ya no están desnutridos como antes. Hay menos niños con anemia porque en la dieta fue incorporado el consumo de sangrecita, carne, huevos, leche y queso. Y los niños cuyas madres asistían a los centros de vigilancia son más grandes que aquellos que no tuvieron la misma oportunidad.

Los niños que asistieron con su madre o padre al centro de vigilancia comunitaria tienen mejores rendimientos en la escuela en comparación con los hijos que no lo hicieron. Los entrevistados comentaron que estos niños son muy hábiles en la escuela, obtienen buenas calificaciones; los otros tienen dificultades de aprendizaje y es más difícil para la profesora hacer que esos niños aprendan.

Los niños cuyas madres asistieron a los centros de vigilancia están mejor socializados. Ellos recibieron cariño y comunicación desde la

"barriga". Antes no sabían que se podía hablar con el bebé en gestación. Los niños que recibieron estimulación son "más sociables, se comunican con todo el mundo, saludan, conversan, están más sonrientes, más alegres, no son niños tristes, esa es la diferencia que se puede ver" –describió Lizeth Aroni. En el centro de vigilancia, los niños interactúan con sus pares, se hacen más amistosos y aprender a compartir y jugar juntos y mejoran sus aptitudes comunicativas. Aprenden a denominar los colores, a cantar, escuchan cuentos y practican adivinanzas.

Fotografía 4: Infante disfrutando de estimulación en Alto Santa Rosa (Néstor Taipe, 2012).

Los niños que asistieron a los centros de vigilancia se muestran más hábiles e inteligentes. Un presidente comunal declaraba: "Últimamente estoy viendo niños liberales, sanos y con más inteligencia. Es el resultado del trabajo de los centros de vigilancia". Varias personas entrevistadas coinciden en que ahora los niños son más "inteligentes", "despiertos", "vivaces", "preguntones" e "inquietos". Estas cualidades

no son lo mismo, pero tienen alguna conexión con la primera[4].

El desarrollo de las cualidades anteriores es visto como efecto en sus hijos de los diversos componentes desarrollados desde los centros de vigilancia comunitaria. Entre estos el juego está subrayado por los padres, al que antes no le daban importancia. Ahora fue entendido su valor para el desarrollo del niño.

Los entrevistados afirmaron que, con el juego, los niños "incrementan sus conocimientos", tienen condiciones para el "desarrollo del lenguaje", "facilita la socialización", "fortalece al organismo", "desarrolla sus habilidades" y "crecen mentalmente".

Por considerar valiosa la importancia que los padres dan al juego en el desarrollo de los niños, describiremos brevemente las razones de dicho valor. El juego:

a) *Contribuye al desarrollo motriz del niño*. Karl Groos (1989 y 1901) enfatizó que el juego es la escuela natural para el autodesarrollo, la autoeducación y el ejercicio de las aptitudes naturales del niño. Con el juego el niño ejercita y desarrolla sus capacidades para más tarde (Vygotsky, 2008); se relaciona con los objetos del entorno, desarrolla los sentidos, explora posibilidades y reconoce peligros y límites.

b) *Facilita el desarrollo del lenguaje (verbal y no verbal)*. "Entre niños [...] el lenguaje social real (el usado en el juego) es un lenguaje tanto de gestos, movimientos y mímica como de palabras" (Piaget en Vygotsky, 2008: 32).

c) *Favorece el desarrollo cognitivo*. El juego permite al niño comparar, categorizar, contar y memorizar (Vygotsky, 2008). El juego desarrolla la capacidad de representar simbólicamente (Piaget, 2001). La lectura, el cálculo y la ortografía son apasionantes para el niño si en su proceso de aprendizaje se relaciona con el juego.

d) *Crea condiciones de transición hacia el trabajo*. Piaget (2001) subrayó que se observa transiciones espontáneas entre el juego y el trabajo.

[4] El "despierto" tiene agilidad mental, el "vivaz" es inteligente y rápido en comprender y actuar, el "preguntón" es curioso, y el "inquieto" está siempre dispuesto a conocer o emprender cosas nuevas.

e) *Enriquece la creatividad y la imaginación*. El juego ayuda a utilizar energía física y mental de manera productiva y entretenida. Según Vygotsky (2008) la forma más espontánea de pensamiento es el juego, o las imágenes deseadas que hacen que lo anhelado parezca asequible.

f) *Afianza la socialización*. A través del juego se transmiten reglas, normas de conducta y roles, permite distinguir las conductas normales y las transgresiones, sabrá que puede ser premiado o sancionado. Empezará a comprender sus intereses y preferencias; las expectativas y reacciones que provoca; y, aprenderá cómo llevarse con los demás. Creará lazos afectivos y compartirá sentimientos con otros.

Los juegos de balompié, canicas, etc., son buenos ejemplos de juegos con reglas que enseñan al niño a diferenciar lo lícito e ilícito, lo prohibido y permitido, lo válido y anulado, lo legal e ilegal, lo justo e injusto, lo malo y bueno, lo premiado y condenado, lo posibilitado e imposibilitado, la advertencia y castigo. El niño irá comprendiendo que la vida en sociedad está regida por reglas que son impuestas por la costumbre o por normas escritas cuya violación está castigada.

g) *Afirma la personalidad*. A través del juego el niño consolida su autoestima, reduce la timidez, el miedo y la inseguridad (Vopel, 1998). Desarrolla dominio sobre sí mismo; aprende a tolerar y respetar; a ganar, empatar y perder; soluciona problemas planificando estrategias; se hace responsable de sus decisiones reconociendo opciones, escogiendo y afrontando las consecuencias.

3.4. El parto institucional en la percepción de la población

En el ámbito de la micro red de salud de Chicmo no se ha presentado ninguna muerte materna en 10 años. Este es un indicador excelente de la práctica del parto institucional en el distrito.

El alcalde y los regidores comentaron que la *casa hogar* en el centro de salud de Chicmo viene funcionando desde el año 2006. Antes las mamás daban a luz en sus casas y eso representaba un riesgo para ellas y los bebés, pero ahora en la *casa hogar* ya se sienten más seguras, ya que están al cuidado de los médicos. El municipio apoya a la *casa hogar* con un presupuesto para alimentos.

Veamos la percepción que tienen algunos actores sociales con relación al parto institucional: "En Chicmo –narró Sonia Girón– funciona una *casa hogar*. Nosotros del centro de salud de Nueva Esperanza somos de nivel I–3 sin internamiento; por tanto, no podemos hacer funcionar una *casa hogar*, nosotros referimos a las mamás al centro de salud de Chicmo"[5].

Según comentaron, antes del año 2001, había partos domiciliarios. Los establecimientos de salud tuvieron que hacer arduas campañas de sensibilización. El resultado es que el parto institucional fue aceptado porque entendieron que se minimizan los riesgos para la madre y el bebé.

Algunos testimonios narran que antes de la existencia de la *casa hogar,* las familias que habían asistido a los centros de vigilancia, tomaban la decisión de acudir a los establecimientos de salud para sus partos. Así, Dina Barrial Huamán (promotora municipal de salud) narró: "Yo tuve mi parto en el establecimiento de salud de Cascabamba. Fue allí porque en otro lugar no hay seguridad. En el establecimiento de salud hay menos riesgo para el parto".

Cuando se creó la *casa hogar* en Chicmo fue bien recibida inclusive por los varones, porque "… cuando antes daban luz en casa, muchas veces morían [las mamás o los bebés] porque el vecino o su mismo esposo no sabía o no tenía experiencia atendiendo partos". Pero, hay también cierto descontento ya que, como dijo un padre de Nueva Esperanza, la *casa hogar* "está centralizada" y "cuando dan luz nuestras esposas en Chicmo, tiene que estar allá un mes y las cosas son más difíciles para nosotros".

A lo mejor pensando en las dificultades anteriores, el municipio costea parte de los alimentos y la otra parte lo da el sector salud. "Entonces –narró B. Mariño– las mamás llevan su leña y papitas y así tienen para alimentarse hasta el parto institucional". Además, no llegan solas sino vienen con sus hijos y ya no están muy preocupadas por sus casas.

[5] Los establecimientos de salud de Nueva Esperanza (Nivel I-3), Cascabamba (Nivel I-3), Rebelde Huayrana (Nivel I-1), Taramba (Nivel I-1), Moyabamba (Nivel I-1) y Lamay (Nivel I-1) refieren a las gestantes a la *casa hogar* del centro de salud de Chicmo, donde les practican el parto institucional.

Fotografía 5: Madres gestantes en casa de espera del Centro de Salud de Chicmo aguardando el parto institucional (Néstor Taipe, 2012).

Un aspecto importante es que los establecimientos de salud, desde que captan la primera vez a la gestante, elaboran el plan de parto, en el cual se les sensibiliza para la atención de su alumbramiento en el centro de salud, preparándolas para acudir a la *casa hogar*, ayudándola en la programación de sus actividades en el hogar, la asistencia para el cuidado de niños mayores, la chacra y el cuidado de los animales.

Un hecho rescatable según los trabajadores del centro de salud de Chicmo es que "las mamás en promedio ganan 8 o 9 kilos. Pero antes subían solo 6 o 7 kilos. El incremento de peso se debe a la atención otorgada en la *casa hogar*".

3.5. Las prácticas culturales del cuidado de gestantes y niños

a. Prácticas culturales del cuidado de la gestante

"Antes de los centros de vigilancia comunitaria –narraba una mamá–, las gestantes nos cuidábamos a nuestra manera, hacíamos lo que podíamos, hasta comíamos menos porque nos daba nauseas, no sabíamos de

los controles en los puestos de salud, igual trabajábamos preparando alimentos, lavando ropas, cuidando los animales, ayudando en la chacra. El parto nos atendía alguna partera en nuestra propia casa".

La situación anterior ha cambiado, ahora se sabe que la gestante debe alimentarse bien, que debe ganar peso, tener cuidado y afecto apropiados, realizar sus controles prenatales y tener el parto institucional.

La iglesia evangélica obligaba a las gestantes a realizar ayunos. Después comprendió que eso podía afectar a la madre y al bebé. Algunas iglesias evangélicas tenían prohibido el consumo de sangrecita y carnes. Terminaron consintiendo que las gestantes coman carne, pollo y pescado. Algunas aceptaron el consumo de sangrecita, otras no, pero permiten el consumo de corazón, riñón e hígado.

Las mujeres saben que los alimentos buenos para las gestantes son de origen animal y las menestras. Son buenas las frutas y las verduras de color verde oscuro. Afirman que son malos los alimentos "chatarras", el ají, el exceso de sal, el café, el alcohol, los cigarrillos, masticar coca y tomar gaseosas.

Por lo menos discursivamente, las mujeres saben que el ideal de ganancia de peso son unos 12 kilos. Pero los promedios son inferiores al anterior.

La estabilidad emocional de la gestante también queda clara para la familia. El varón se hace más comprensible, más cariñoso y más tolerantes con sus parejas.

Paulatinamente, los esposos incrementan su participación en el cuidado de sus parejas gestantes. Antes ni los acompañaban a los controles prenatales. Ahora ya lo hacen. Además, en el puesto de salud se exige que el padre acompañe a su mujer. El varón comprendió que tiene que escuchar los consejos que el personal de salud da a su esposa. Se nota cambios en la actitud de los varones, pero el cambio es lento.

El cuidado físico de las gestantes está claro para ellas y sus familias: Evitan levantar objetos pesados o hacer trabajos que demandan mucho esfuerzo. Los varones ayudan con ciertas tareas como el lavado de ropa, limpieza de la casa, preparan la comida y atienden a los hijos.

Fotografía 6: Padre y niño en Nueva Esperanza (Néstor Taipe, 2012).

Pero no solo se trata del cuidado de la alimentación, del bienestar físico y emocional, sino también considerar que la cultura les impone determinados tabúes, cuya transgresión puede, por eficacia simbólica, afectar a las gestantes o al bebé en el vientre. La gestante no debe "tejer, cargar a un perro, ni ver a los muertos, porque le harían mal a nuestro hijo".

En las comunidades quechuas se prohíbe que las gestantes hagan actividades relacionados con los tejidos para evitar dificultades en el parto ("el bebé se puede enredar con el cordón umbilical"), no pueden cruzar por encima del fogón, porque "pueden tener mellizos o trillizos". La embarazada debe evitar remedar a las personas con discapacidad física, los cojos, por ejemplo, porque sus hijos pueden nacer con esas mismas discapacidades (Taipe, 2012). "La embarazada no puede ver un cadáver, porque el niño puede nacer mal con el susto. No les permitimos que carguen perritos o gatitos, los bebés pueden nacer mal [*uriwa* en quechua, *mipa* en otras regiones]" (Pareja, Taipe y otros, 2009).

b. Prácticas culturales del cuidado de los niños

El alcalde y sus regidores fueron enfáticos que antes no llevaban a los niños al establecimiento de salud para sus controles de crecimiento y desarrollo. Ahora los niños son bien cuidados y la mayoría está bien alimentada.

Antes algunas iglesias evangélicas obligaban a los niños a realizar ayunos. Fue un trabajo persistente el que persuadió a los religiosos para que sus niños consuman sangrecita y carnes. Algunas iglesias aún no aceptan el consumo de sangre, pero ya aceptaron el consumo de hígado, riñón, corazón y otras carnes. Fue clave el mensaje sobre la importancia de los alimentos de origen animal para los niños. Se logró una especie de conciliación de las creencias religiosas con la necesidad nutricional de los niños. Con sus propias particularidades, cada iglesia permite a los niños el consumo de alimentos de origen animal.

Por otra parte, por los años 2001 y 2002, las mamás no tenían la costumbre de evaluar a sus niños mensualmente, porque –como narró Sonia Girón– "ellas pensaban que a los niños se lleva solo a evaluar el crecimiento y desarrollo, ya que en ese entonces las normas del MINSA establecían que debían traer al niño al mes y luego venían de dos meses y luego de tres. Pero el niño tenía que ser evaluado mensualmente aun cuando no le toque el CRED, porque así se podía detectar si el niño entraba en riesgo y se desnutría, entonces había opción para dar mensajes a la madre sobre la nutrición".

Antes, los papás no acompañaban cuando las mamás traían a sus niños para los controles de crecimiento y desarrollo. Ahora, hay un buen porcentaje que lo hace. Y esto es bueno, porque el papá ayuda a recordar a la mamá de cómo el niño tomará el sulfato ferroso.

Otra enfermera comentaba que "el cuidado de los niños antes de la existencia de los centros de vigilancia era al azar. A lo que ellos sabían los hacían crecer y los alimentaban. Ahora ya saben las mamás de cuánto deben comer los niños de acuerdo a la edad. Hay cambios en el cuidado. Ahora ya saben lo que es la estimulación temprana con cantos, masajes y el afecto hacia el niño. Saben que todo lo anterior influye en el desarrollo de los niños".

Todas las mamás cumplen con la lactancia exclusiva hasta los seis meses. La ventaja es que la mamá está todo el tiempo con el niño, entonces constantemente les dan de lactar, inclusive para callarlos los lactan. Casi no hay problemas. El riesgo nutricional se origina a partir de los seis meses cuando empieza la alimentación complementaria, ya que hay deficiencias en la alimentación. En cuanto a los suplementos nutricionales sí los consumen, pero no ocurre lo mismo con el sulfato ferroso, muchas mamás ven que los dientes de sus hijos se amarillan y ya no les dan.

Sin embargo, como se describió antes, hay una tendencia general de que los padres prefieren hacer comer bien a los niños antes que a los mayores. Ha mejorado el cuidado de los niños. Reciben afecto desde la gestación. Si enferman, se preocupan por ellos. Casi todos los niños tienen sus propios platos, cucharas y tazas. Lo anterior les permite controlar la cantidad de alimentos consumidos, pero también evita contagiar alguna enfermedad de los adultos. Según van creciendo van enseñando a los niños a lavarse las manos, a tomar solo agua hervida y a avisar para que hagan sus necesidades.

Algunos padres castigan a los niños cuando no obedecen, no los dejan ver la televisión o los azotan. Los premian cuando obedecen les compran juguetes o halagan con palabras bonitas. En la hora de la comida, no siempre está el padre, pero cuando está participa haciendo comer a los niños y también juegan con ellos.

Dina Barrial, ex madre consejera y actual promotora de la Oficina de Promoción de la Salud del municipio, dio el siguiente testimonio:

> Cuando me enteré que estaba gestando me alegré mucho. Comía, pero vomitaba. Me ayudó el sulfato y "polvo madre" (hay una vitamina) que la tomaba en "ulpada" [mezclado en agua azucarada]. Para los controles, desde los dos meses, fui al puesto de salud acompañado siempre de mi esposo. Cuando estuve gestando cuatro meses me fui a Lina y todos los días comía carne, leche, queso, frutas y verduras. Aquí en el campo también comía dos veces por semana porque no tenía dinero. Huevo y queso si comía todos los días. Durante mi gestación gané 13 kilos de peso.
>
> Mi esposo quería varoncito, pero yo quería mujercita. A los seis

meses ya tenía nombre (Joselyn). Le hablaba a la bebé cuando estaba en la "barriguita" (otras mujeres tienen miedo hablarle al bebé). Mi pareja recibió alegre la noticia de mi embarazo. Se volvió más cariñoso, no quería que haga cosas pesadas, me ayudaba con el lavado de ropa y la cocina.

Cuando estaba embarazada no podía comer plátano, palta, me chocaba. No podía urdir para tejidos de manta, no debía agarrar cuye.

Yo tuve mi parto en el centro de salud de Cascabamba. Fue allí porque en otro lugar no había seguridad. En el establecimiento de salud hay menos riesgo para el parto. Lamentablemente por el exceso de dolor me desmayé después del parto y a mi hijita no me lo pusieron de inmediato sobre mi pecho. Después como de media hora trajeron a mi hijita que estaba bien bonita. Sentí alegría. De inmediato le di de mamar. Yo tenía mucha leche y tomó con ganas. Es importante darle de lactar de inmediato porque al principio la leche sale más espesita y es bueno para que no le de anemia.

La lacté exclusivamente por seis meses, después empezó a tomar otros alimentos, le di pecho hasta los 2 años con 8 meses.

Solo desde los primeros seis meses empecé a darle agüita, después le di su papillita, pero no quería comer, poco a poco terminó gustándole. La papilla nos daba el puesto de salud.

Para destetarla, al principio yo le decía que mi pecho era "caca". Pero mi esposo me dijo que eso estaba mal. Por eso solo le explicaba que ella ya podía comer. Comprendió y solita dejó el pecho. No fue muy violento el destete.

Luego los niños deben comer carne roja, higadito y sangrecita para que no tengan anemia. Cuando tenía un año mi hija comía cuatro veces al día. A los tres años ya comía más, lo hacía hasta cinco veces al día. Pero a los niños hay que hacerle comer las veces que quieran. Yo prefiero hacerle comer alimentos sólidos porque la sopa es solo agua.

Los alimentos buenos para los bebés son pescados, carne roja, hígado, sangrecita, el bazo de la vaca y las menestras. Los alimentos malos para los niños son sopas, aguas y golosinas.

Mi bebé tuvo su plato, vaso y cuchara propia, porque allí podía medir la cantidad de alimentos que tomaba, y también para no contagiar las enfermedades de los adultos.

Mi cuñado es carpintero e hizo una mesita y una silla para mi hijita. Al año y medio se sentaba allí, le poníamos su baberito, se embarraba, pero comía sola. A los tres años ya comía muy bien. Terminaba toda la comida. Siempre tuvo buena talla y buen peso.

Al año mi hija ya comprendía y sabía su nombre. A los dos años sabía su nombre y sus dos apellidos.

Una vez cuando estábamos sentados empezó a pararse, ella tenía 11 meses. Un mes estuvo parándose. Luego empezó a dar un pasito y así empezó a caminar. Al primer año de edad empezó a hablar. Ahora mi hija habla quechua y español. Le gusta cantar y le gusta dibujar. Su cuento preferido es el de la "gallinita". A los dos años ya empezó a lavarse las manos. Es importante para que no le de diarrea u otra enfermedad. A los tres años ya se cepillaba los dientes solita.

Para saciar su sed siempre le daba agua hervida. En el agua cruda hay gusanitos y puede parasitarse.

Aprendió ir al baño junto conmigo. Le enseñé que tenía que avisar si quería ir al baño.

Es importante enseñarle a obedecer para que no sea agresiva. Yo nunca castigué a ni niña. Mi esposo si lo hizo porque ni niña había empujado a su primita al barro. A mi esposo le dije que no debe castigar sino debe hablarle para que no vuelva a hacerlo.

Como vivimos en el campo, le hacíamos juguetes con algunas semillas y muñecas utilizando trapos.

Mi esposo no siempre está junto a la niña a la hora de la comida. Cuando está en la casa si comen juntos. Cuando están juntos, ambos juegan.

Cuando mi hija tenía susto, mi suegra lo pasaba con huevo en su manita y cabeza y lo llevaba al cruce de caminos y así sanaba.

Fotografía 7: Dina Barrial promotora de la Oficina de Promoción de la Salud del Municipio de S. M. de Chicmo y su hija Joselyn (Néstor Taipe, 2012).

CAPÍTULO IV
SOSTENIBILIDAD DE LA ESTRATEGIA DE LA VIGILANCIA COMUNITARIA

Este capítulo reflexiona sobre la sostenibilidad de la estrategia de la vigilancia comunitaria, resaltando el rol del sector salud, del gobierno local y la comunidad en este proceso. Se describe a la comunicación como un factor transversal para la sostenibilidad.

1. La sostenibilidad de los proyectos

Gran parte de los proyectos o programas de desarrollo funcionan mientras hay cooperación, pero en cuanto esta acaba o se retira, dejan de funcionar y todo vuelve al estado anterior. Generalmente esto ocurre cuando los proyectos son diseñados sin la participación de la población objetivo. En muchos casos, los proyectos responden a la lógica de desarrollo vertical (se impone desde "arriba" hacia "abajo", los de arriba "saben" lo que es bueno para la población y creen tener la solución a los problemas). En contraste, la perspectiva del desarrollo de base elabora sus propuestas "otorgando el protagonismo a la población objetivo en la identificación, implementación, seguimiento y evaluación del proyecto, prestando particular atención a que las mujeres se puedan expresar de forma efectiva" (Pérez de Armiño, 2005–2006).

Esta última perspectiva tiene más posibilidades de perdurar en el tiempo porque la población siente desde el principio que el proyecto es suyo. A lo mejor lo ideal sería un encuentro entre ambas perspectivas. En todo caso se trata de la resolución de la sostenibilidad de los proyectos. La sostenibilidad podría ser descrita como la "condición que garantiza que los objetivos e impactos positivos de un proyecto de desarrollo perduren de forma duradera después de la fecha de su conclusión" (Pérez de Armiño, 2005–2006).

El concepto de sostenibilidad tiene múltiples dimensiones y evoca ideas e imágenes distintas. La sostenibilidad puede ser descrita con visión macro y micro (Mokate, 2001). La primera otorga un lugar predominante a la dimensión ambiental. En esta perspectiva, "el *desarrollo sostenible* es el desarrollo que satisface las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades" (Macedo, 2005: 57).

La descripción micro "surge a raíz del cuestionamiento del verdadero impacto del financiamiento multilateral y bilateral sobre el desarrollo, particularmente porque se cuestiona la capacidad de los programas y proyectos financiados para mantenerse una vez que se acabe el período de financiamiento internacional" (Mokate, 2001: 43). En esta perspectiva, la AID define a la sostenibilidad como "la continuidad por parte del programa en la entrega de sus servicios o en el mantenimiento de sus beneficios, después de terminar el apoyo técnico, gerencial y financiero del donante" (Mokate, 2001). Esta definición es semejante a la otorgada por Pérez de Armiño. Y este será el sentido referido cuando se habla de sostenibilidad de la estrategia de la vigilancia comunitaria.

2. La insostenibilidad/sostenibilidad en la perspectiva de la población

Las personas entrevistadas difieren en sus proyecciones de sostenibilidad del funcionamiento de los centros y la vigilancia comunitaria como estrategias para combatir a la desnutrición y la anemia infantil. Algunos (la minoría) consideran que, sin el apoyo del Gobierno Local, los centros y la vigilancia comunitaria podrían dejar de funcionar. Esta

idea está asociada con tres razones: Primero, el municipio paga al equipo de promotoras de salud encargadas de atender a los CVC en el ámbito distrital; segundo, el Programa de Vaso de Leche es implementado por el municipio y el apoyo recibido está muy valorado por la población; y, tercero, consideran que el municipio construirá locales para los CV y los dotará de los servicios básicos necesarios.

Estas personas consideran que si desaparecen los CVC "todo volverá a ser como antes". Cada familia resolverá el problema del cuidado de la gestante y de los niños. Pero ese volver a ser como antes no es un retorno al punto de partida, porque ahora saben que es necesario cuidar adecuadamente a la gestante y a los niños y saben cuáles son las competencias de los establecimientos de salud.

Este sector de población aún no se ha apropiado completamente de la estrategia de la VC. Todavía considera que su funcionamiento depende de las instituciones externas a la comunidad.

En contraste, la mayor parte de los entrevistados dijeron que aún si se cortara el apoyo de las instituciones y organizaciones externas, la estrategia de la VC seguirá funcionando, porque habría internalizado la importancia del cuidado de la gestante, lactante y niños menores de 3 años. Muchas madres y algunos padres ya fueron formados como ACS que es la base para la continuidad del funcionamiento sostenible no solo de los *centros* (en cuanto local físico) sino de la *vigilancia* (en cuanto actividad).

Además, existe el convencimiento generalizado en la población de lo positivo de los CVC. No obstante, afirman también que cualquier "ayuda externa" permitiría el mejor acondicionamiento y equipamiento de los *centros* y el desarrollo de más capacidades de los actores involucrados en la *vigilancia*.

El sector salud es considerado imprescindible para la sostenibilidad de la estrategia de la VC. Hay conciencia de la complementariedad, de una parte, de las prácticas de los controles prenatales, el parto institucional y el control de crecimiento y desarrollo temprano de los niños y, de otra, las actividades realizadas en los CVC.

Si una de las raíces del Estado anclada en el campo es el sector

salud, la otra es el sector educación. Este sector tiene también responsabilidad con el desarrollo y bienestar de la población. Cuando se indagó porqué aún había gestantes y niños con anemia o con desnutrición crónica, respondieron que hay mujeres y hombres jóvenes que empiezan a tener sus hijos sin estar preparados adecuadamente. La escuela (primaria y secundaria) puede incidir en temas de salud reproductiva y paternidad responsable.

Al mismo tiempo, la escuela (PRONOEI, Inicial, Primaria y Secundaria) puede contribuir a que los niños adquieran hábitos de higiene básica (lavado de manos, cepillado de dientes, consumo de agua segura y disposición adecuada de los residuos sólidos); la meta podría ser que cada una sea una Escuela Saludable. Luego será más fácil proyectarse hacia las prácticas de comunidades y municipios saludables.

La fortaleza de la organización comunal es otro factor que influye en la sostenibilidad de la estrategia de la VC. Si la organización comunal es débil, será obvio que no se interesará por el bienestar de los niños ni las gestantes. Si la organización es sólida habrá mejores condiciones para tomar decisiones que favorezcan a los niños y las gestantes. Las comunidades tienen recursos que pueden poner al servicio de sus hijos y mujeres. Tienen tierras, tradición de trabajo comunal, prácticas de democracia directa y capacidad de gestión.

3. La comunicación como factor transversal para la sostenibilidad

En el ámbito distrital hay dos emisoras radiales, una municipal en la capital del distrito y otra particular en la comunidad Rebelde Huayrana. En cambio, todas las comunidades tienen uno o dos altoparlantes que las utilizan para transmitir mensajes.

En años anteriores (cuando se implementaba el Programa Buen Inicio) se difundían cuñas radiales por los medios señalados de modo más seguido con mensajes relacionados con el cuidado de la infancia desde la gestación. Teniendo en cuenta que la mayor parte de la población y, de modo particular, la mujer es quechua hablante, los mensajes fueron construidos en el idioma nativo. En la emisora municipal hubo un programa con las madres consejeras que daban testimonios de cómo era antes y cómo son ahora sus niños. "En el centro poblado

Nueva Esperanza, en el altoparlante conversaban dos personas de cómo alimentarnos, de cómo lavarnos la mano, de porqué se tenía que llevar a los niños para sus controles y porqué la gestante tenía que hacer sus controles prenatales en el puesto o centro de salud".

Los mensajes transmitidos cuando se implementaba el Programa Buen Inicio fueron: "Has comer bien a tu niño antes que alimentar al papá". "Niños sanos con buena alimentación". "Los niños primero, los mayores después". "Madre cuida a tu niño para que tenga un futuro mejor". "Madre gestante consume alimentos de origen animal…", etc.

En Nueva Esperanza, según declaró una enfermera, los mensajes que pasaban por la radio eran habilitados por el centro de salud. Los temas referían al lavado de manos, a la prevención de la anemia, a la estimulación temprana y otros.

Lizeth Aroni recordó que, cuando se implementaba el Programa Buen Inicio, Kusi Warma formaba corresponsales comunitarios que pasaba los mensajes por los altoparlantes, pero también hacían entrevistas en la comunidad abordando temas relacionados con el desarrollo de los niños y el cuidado de la gestante.

La emisora municipal actual no está adecuadamente implementada, no tiene ambientes apropiados ni medios para producir las cuñas radiales, no tiene un programa puntual sobre la vigilancia comunitaria, los niños ni las gestantes; pero da facilidades a las instituciones que hacen esa labor. Así contribuye a que las mamás y los padres tomen conciencia del tema.

Contemporáneamente, la Oficina de Promoción de la Salud del municipio difunde radialmente los siguientes mensajes grabados: "Para que tu niño crezca sano e inteligente, debes darle diario alimentos con alto contenido de hierro como mollejita, hígado, sangrecita, corazón, pescado y riñón". "Consuma alimentos de origen animal ricos en hierro como carne roja, pescado, cuye, corazón, bofe y bazo. Consuma frutas y verduras de color amarillo como naranja, tumbo, mango, papaya y aguaymanto, como el zapallo y zanahoria. Consuma verduras de color verde obscuro como espinaca, brócoli y acelgas".

Al principio, testimonian las personas entrevistadas, los adultos se burlaban de los mensajes emitidos. Luego, "de tanto bombardear

mensajes", la importancia de la estrategia de la VC se fue internalizando en la población. Hoy en día la difusión es menor. Pero con políticas públicas sectoriales o de gobiernos locales o regionales se podría asignar presupuestos pequeños para la producción y emisión permanente de las cuñas radiales. De ahí la importancia de la comunicación como un aspecto transversal en la sostenibilidad de la estrategia de la VC.

En síntesis, la sostenibilidad de la VC depende especialmente de la apropiación de la estrategia por parte de la población objetivo y del ejercicio de sus funciones y competencias del sector salud que tiene la capacidad técnica para atender a los niños y gestantes; además, el desarrollo de capacidades de los ACS depende de los profesionales de este sector. A lo anterior refuerza las decisiones políticas del Gobierno Local (GL), especialmente emitiendo normas que favorezcan a los niños menores de 3 años de edad y a las gestantes. Asimismo, la responsabilidad del desarrollo distrital corresponde al GL; por tanto, debe otorgar los recursos suficientes para financiar los costes corrientes para solventar los haberes de los promotores municipales de salud, los costos de capacitación y de incentivos simbólicos a los ACS, los costos de construcción de locales para los CVC, el saneamiento básico y el equipamiento de los mismos. En última instancia se trata de favorecer al futuro capital humano del distrito. El sector educación tiene su propia responsabilidad en este proceso, pero su contribución aún no se nota. Finalmente, la comunicación es un elemento transversal que puede contribuir al funcionamiento permanente de la estrategia de la vigilancia comunitaria.

CAPÍTULO V
LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES

1. Lecciones aprendidas

a. La municipalidad distrital de Santa María de Chicmo hizo una política local de la lucha contra la desnutrición y anemia infantil con la estrategia del sistema de vigilancia comunitaria del crecimiento y desarrollo temprano del menor de tres años de edad desde la gestación. Para lo cual ha considerado al tema como un eje en el Plan de Desarrollo Concertado y en el Plan Articulado Local. Para operativizarlo creó una Oficina de Promoción de la Salud, contribuye económicamente para la alimentación de las gestantes que acuden a la *casa hogar* esperando el parto institucional y viene gestionando ante el Ministerio de Economía y Finanzas el financiamiento de la construcción de la infraestructura para los centros de vigilancia.

b. Para lograr el bienestar del niño no fue suficiente el ejercicio de las competencias del sector salud y del gobierno local, fue necesaria la participación articulada de los actores institucionales y sociales como las ONGs, la cooperación internacional, las autoridades y los líderes comunales y religiosos. Todos contribuyeron en el proceso para combatir la desnutrición y la anemia de

los niños. El liderazgo político de la articulación la asume el gobierno local y el liderazgo técnico (por competencia) la asume el sector salud.

c. El proceso de implementación de la estrategia de la vigilancia comunitaria movilizó a todos los actores comunales (mamás, papás, comuneros, autoridades, líderes y religiosos de diversas iglesias), cuyo involucramiento fue de menos a más, hasta lograr el funcionamiento institucionalizado de los centros de vigilancia. La apropiación comunitaria de la estrategia es factor de su sostenibilidad.

d. Contextos como el de Santa María de Chicmo requieren que la intervención tenga un componente intercultural, de modo que los trabajadores de los programas interactúen correctamente con poblaciones quechuas y pertenecientes a diferentes iglesias religiosas, y puedan tener claro las prescripciones y prohibiciones culturalmente impuestos, las concepciones del espacio y tiempo y otros códigos culturales.

e. La comunicación, mediante el uso óptimo de las emisoras radiales y los altoparlantes comunales, ayuda a la población a tener presente el tema del cuidado integral de los niños menores de tres años desde la gestación y es un factor importante de la sostenibilidad de la estrategia de la vigilancia comunitaria.

f. La realidad ha demostrado que hay cambios constantes de los trabajadores del sector salud y la municipalidad. Esta inestabilidad representa una dificultad para la sostenibilidad de cualquier propuesta. El capital humano que fue capacitado en temas determinados se va y viene otro. En consecuencia, hay necesidad de adoptar una estrategia sistemática y permanente de desarrollo de capacidades, suministrando a los trabajadores nuevos los conocimientos específicos en el cuidado integral de los niños menores de tres años de edad desde la gestación mediante la estrategia de la vigilancia comunitaria.

2. Recomendaciones

a. Evaluar a los centros de vigilancia comunitaria para determinar cuáles necesitan mejoramiento de la infraestructura y equipamiento con materiales diversos.

b. Mejorar el entorno de los centros de vigilancia comunitaria para hacerlos más saludables para el bienestar de los niños.

c. Realizar con los padres de familia talleres de elaboración de juguetes sencillos con materiales de la zona para el uso de los niños en los centros de vigilancia comunitaria.

d. Realizar con los padres de familia talleres para el reciclaje de residuos sólidos para incrementar los útiles de estimulación temprana para los niños en los centros de vigilancia comunitaria.

e. Los agentes comunitarios de salud (promotores comunales de salud y madres consejeras) pueden ser exonerados por norma estatutaria de determinadas obligaciones comunales, para que sientan que sus contribuciones son recompensadas.

f. Hacer más trabajo de sensibilización con los varones para su mayor involucramiento en el cuidado integral del niño menor de 3 años de edad desde la gestación.

g. Gestionar la elaboración de perfiles de proyectos de inversión pública para la construcción de infraestructura para los centros de vigilancia comunitaria.

h. Redefinir las funciones de las promotoras municipales de salud para evitar duplicidad de funciones con los agentes comunitarios de salud.

i. Hacer una política pública la emisión permanente de pequeños mensajes relacionados con el cuidado del niño y la gestante para hacer sostenible a la estrategia de la vigilancia comunitaria.

j. Consolidar al área de comunicación e imagen institucional del municipio para garantizar la difusión sostenida de mensajes relacionados al cuidado del niño y la gestante.

k. Habilitar materiales de difusión con temas relacionados al cuidado del niño y la gestante en forma regular a las comunidades para que sean propagados por los altoparlantes comunales.

l. Mantener la articulación entre el sector salud, el gobierno local y la comunidad para la garantizar la sostenibilidad del funcionamiento de los centros de vigilancia comunitaria.

m. Consolidar la coordinación con los programas sociales para buscar puntos de encuentro en beneficio de los niños menores de tres años de edad y las gestantes.

n. Involucrar al sector educación para que implemente las escuelas saludables con los temas de lavado de manos, cepillado de dientes, consumo de agua segura y acopio y tratamiento de los residuos sólidos.

BIBLIOGRAFÍA

Benavides, M. y C. Ponce. (2008). *Estado de la niñez en el Perú*. Lima: UNICEF/INEI.

Care Perú. (2006). *Sistema de vigilancia comunitaria SIVICO: Una propuesta para la gestión social de riesgo basada en la participación comunitaria.* Lima: Care Perú

Celorio, G. y A. López (Coords.). (s/f). *Diccionario de educación para el desarrollo*. Bilbao: HEGOA.

Condori, R. y M. Ambía. (2011). *Análisis situacional de los sistemas de vigilancia comunitaria*. Andahuaylas: Programa Conjunto.

DIRESA Apurímac II y Kusi Warma. (2011). *Evaluación de la operatividad del sistema de vigilancia comunitaria en el distrito de Santa María de Chicmo*. Andahuaylas: DIRESA Apurímac II/Kusi Warma.

DIRESA Apurímac II. (2011). *Vigilancia comunitaria del crecimiento y desarrollo temprano: Estrategia para reducir la desnutrición crónica y anemia*. Andahuaylas.

Girón, S. (2012). *Fortalecimiento articulado del primer nivel de atención*. Presentación, Micro Red de Salud de Chicmo.

Groos, K. (1898). *The play of animals.* New York: D. Appleton and Company.

Groos, K. (1901). *The play of man.* New York: D. Appleton and Company.

Herrera, F. (2012). *Guía para la implementación de la vigilancia comunitaria del crecimiento y desarrollo temprano*. Abancay: DIRESA Apurímac I.

INEI. (2007). *Apurímac: Principales indicadores demográficos, sociales y económicos a nivel provincial y distrital.* Lima: INEI.

INEI. (2009). *Mapa de pobreza provincial y distrital 2007: El enfoque de la pobreza monetaria.* Lima: INEI.

INEI. (2000). *Determinantes del ingreso de los jóvenes que trabajan.* Lima: INEI.

INEI. (2010). *Mapa de pobreza provincial y distrital 2009: El enfoque de la pobreza monetaria.* Lima: INEI/UNFPA.

INEI. (2011). *Encuesta demográfica y de salud familiar 2010–Departamento de Apurímac.* Lima INEI/USAID/PCM.

INEI. (2012). *Encuesta demográfica y de salud familiar 2011.* Lima: INEI.

INEI. (2012). *Informe técnico. Evolución de la pobreza 2007– 2011.* Lima: INEI.

Inversión en la Infancia. (2011). *Programa Buen inicio para la vida: Buscando un mejor comienzo para el desarrollo de los niños*: Edición 52, julio, disponible en http://www.inversion–enlainfancia.net/index.php?/blog/experiencia/90/63.

Lechtig, A. (2007). *Programa Buen Inicio: Evaluación externa*. Lima: UNICEF.

Luna, J. y V. Alcedo. (2010). *Estrategia de incidencia y comunicación del Programa Conjunto. Mejorando la nutrición y la seguridad alimentaria de la niñez en el Perú: Un enfoque de desarrollo de capacidades*. Lima: OPS.

Macedo, B. (2005). *Sostenibilidad.* Santiago: OREALC/UNESCO.

MINSA. (2002). "Ley N° 27657 (Ley del Ministerio de Salud)". En *El Peruano*, Lima, 29 de enero, págs. 216517–216522.

MINSA. (2009). *Documento Técnico: Preparando al agente comunitario de salud para el cuidado integral de la salud y nutrición de las gestantes y de las niñas y niños menores de 5 años ("El manual del agente comunitario de salud").* Lima: MINSA.

Mokate, K. (2001). *Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad ¿qué*

queremos decir?. Washington: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social/BID.

Monge, R. (2008). *Género y cultura en la planificación del desarrollo*. Las Canarias: FUNDESCAN.

Montes, A. (2012). *Experiencia de la educación en la reducción de la desnutrición crónica en Cascabamba y Nueva Esperanza – Apurímac*. Kusi Warma, disponible en www.scribd.com–/doc/97840149/Foro–Copera.

Pareja, M., N. Taipe y otros. (2009). *Diagnóstico inicial del proyecto de salud comunitaria en Carabaya y Melgar (Puno).* Lima: CARITAS, MINSUR.

Pérez de Armiño, K. (2005–2006). "Sostenibilidad (de un proyecto)". En *Diccionario de accion humantaria y cooperación al desarrollo*. HEGOA, disponible en http://www.dicc.hegoa–.ehu.es/listar/mostrar/213.

Piaget, J. (2001). *Psicología y pedagogía.* Barcelona: Crítica.

Programa Conjunto. (2011). *Estrategia de comunicación y promoción de prácticas saludables*. Lima: Fondo para el Logro de los ODM.

Salazar, E. (2012). *Plan articulado local 2013*. Santa María de Chicmo: FLODM/MDSAM de Chicmo.

Sierra, L. (s/f). *Promoción del crecimiento y desarrollo temprano, buenas prácticas y lecciones aprendidas.* Programa Buen Inicio.

Taipe, N. (2012). *Etnografía de la socialización andina.* Inédito.

UNICEF. (2005). *Buen inicio en la vida.* Lima: UNICEF.

UNICEF. (s/f). *Carpeta de prensa.* Lima, disponible en http://www.unicef.org/peru/spanish/apurimac.pdf.

Vopel, K. W. (1998). *Juegos de interacción para niños y preadolescentes.* Madrid: CCS.

Vygotsky, L. S. (2008). *Pensamiento y lenguaje.* México: Quinto Sol.

El presente texto digital fue editado y publicado por Naokim Ediciones, de Abel Montes de Oca, en Huancayo, en septiembre de 2020.

MERY LAURENTE CHAHUAYO **es abogada por la Universidad Peruana Los Andes. Tiene maestría en Derechos Humanos por la Universidad Iberoamericana de México y es egresada del doctorado en Derecho y Ciencias Políticas en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.**

Fue especialista legal de la Dirección de Políticas de Igualdad Género y No Discriminación del Ministerio de la Mujer y Población Vulnerable.

Fue abogada del Instituto del Bien Común (IBC).

Fue coordinadora del Módulo de Atención Satipo del Consejo de Reparaciones que estuvo adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros.

Fue abogada del Centro Peruano de Estudios Sociales (CEPES) en la Sede de Huancavelica.

Actualmente es comisionada del Programa de Pueblos Indígenas de la Adjuntía de Medio Ambiente, Servicios Públicos y Pueblos Indígenas en la Defensoría del Pueblo.

Esta publicación da cuenta de la sistematización realizada sobre los resultados de la estrategia de la vigilancia comunitaria para combatir la desnutrición y la anemia infantil. Esta estrategia se venía implementado desde el 2000 al año 2012 en el ámbito del distrito de Santa María de Chicmo en la provincia de Andahuaylas.

En el punto de partida, la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años de edad era del 55.2% y la prevalencia de la anemia por deficiencia de hierro en el mismo grupo etario era del 75.1%.

Si se considera que "durante la gestación y los primeros años de vida ocurre la mayor parte del desarrollo del cerebro de una persona", entonces dichas prevalencias hacían perder el derecho al buen inicio de la vida de los niños. En consecuencia, los pueblos del distrito tendrían en el futuro un capital humano débil.

La situación anterior movilizó a un conjunto de actores que priorizaron la estrategia de la vigilancia comunitaria para afrontar el problema. Al momento de la sistematización (2012) se registró 23% de prevalencia de destrucción crónica, se había logrado una reducción de 32.2 puntos porcentuales. Al mismo año había 39% de prevalencia de anemia, se había logrado una reducción acumulada de 36.1 puntos porcentuales.

ISBN: 978-612-47893-7-3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
Real, Pontificia y Nacional
1677